

Cuenta de Cuidado de la Salud Cómo Presentar un Reclamo para su Aprobación

Opciones para la Presentación de Reclamos:

- Presente el reclamo por Internet - Ingrese a su cuenta en www.choice-strategies.com para presentar su reclamo electrónicamente.
- Presente el reclamo por fax o correo postal - Los detalles del reclamo pueden ser ingresados en línea pero deberá imprimir el formulario completo para enviarlo por fax o por correo postal con la documentación. Fax: 877-723-0148, Correo Postal de los EEUU: Choice Strategies, P.O. Box 2205, South Burlington, 05407

Instrucciones para llenar este formulario:

- Complete TODA la información sobre el titular de la cuenta.
- Escriba el nombre de su empleador sin abreviaturas.
- Utilice su documentación para completar cada sección del formulario, incluyendo los siguientes elementos:

- ① Nombre del Proveedor
- ② Fecha(s) de Servicio
- ③ Nombre del Paciente y Relación con el Titular de la Cuenta
- ④ Tipo de Servicio
- ⑤ Responsabilidad del Paciente

TITULAR DE LA CUENTA:		NOMBRE DEL PACIENTE, RELACIÓN CON EL TITULAR DE LA CUENTA Y TIPO DE SERVICIO		RECLAMO
Apellido		Nombre		\$ <input type="text"/>
Nombre de Empleador		Nombre del Paciente:		
①	②	Relación con el Titular de la Cuenta:		
Código de identificación*	Código Postal	Tipo de Servicio:		
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio)		<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo Calificado <input type="checkbox"/> Beneficiario Calificado <input type="checkbox"/> Otro		

*El Código de identificación son los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social, su número de Identificación de Empleado u otro número de referencia asignado por su empleador. Por favor, consulte las instrucciones de inscripción proporcionadas por el proveedor de su programa para obtener más acerca de su Código de identificación.

Consejos para la Presentación de Reclamos

- Un dependiente elegible se define como un cónyuge, un hijo calificado o pariente calificado.
- Un hijo calificado se define como un hijo a su cargo fiscal de hasta 26 años o de cualquier edad si posee una discapacidad permanente.
- Un pariente calificado es alguien que vive con usted por más de la mitad del año.
- Los niños y parientes calificados no deben proporcionar más de la mitad de su propia manutención.
- Para obtener una lista de los gastos elegibles de su plan, por favor, revise la hoja de financiación de su plan al acceder a su cuenta de Choice Strategies y seleccione "My Plan's Forms and Documents" en la sección del Centro de Ayuda
- Si su HRA tiene un deducible, los reclamos serán aplicados al deducible del HRA hasta que se haya llegado al monto. Una vez alcanzado, comenzaremos a reembolsar los reclamos elegibles por encima y más allá del deducible. Puede seguir el estatus de su deducible de HRA en línea.
- Para recibir el reembolso más rápido, seleccione ser reembolsado a través de depósito directo por su cuenta en línea.
- Si desea que Choice Strategies le pague directamente a su proveedor, por favor, presente su reclamo a través de su cuenta en línea.
- Se requiere una carta de necesidad médica para cualquier gasto listado en "Yes (Letter)" en la lista de gastos elegibles para establecer la necesidad médica del pago, si es elegible bajo su plan. La cirugía o procedimientos cosméticos (ej., blanqueado de dientes) no son gastos elegibles a menos que se considere como medicamento necesarios por un médico autorizado. La carta con el formulario de la necesidad médica se puede obtener en: <https://www.wageworks.com/forms/WW-LTR-OF-MED-NEC.pdf>.

Consejos para la Documentación

- Asegúrese de que la documentación sea legible.
- Los cheques cancelados o copias y recibos de tarjetas de crédito no contienen las cinco piezas de información necesarias para aprobar su gasto, y no son aceptables para la presentación
- Se recomienda la Explicación de Beneficios (EOB), sobre todo si su seguro cubre una parte de los gastos.
- El uso del resaltador causa que las letras y números no sean legibles en la documentación; No se recomienda el uso del resaltador.
- Enviar sólo fotocopias del formulario de reclamo y de la documentación; guarde los originales en sus archivos si los envía por el correo postal.

Consejos para el Envío por Fax y Correo Electrónico

- No utilice una hoja de portada al enviar por fax el formulario de solicitud y la documentación.
- Envíe sólo los reclamos de su cuenta. Para los correos electrónicos, los archivos adjuntos deben ser de no más de 12MB en total. Se aceptan los siguientes tipos de archivo: JPG, PDF, TIFF

Consejos para Ver el Estatus de su Reclamo

- Espere 2 días hábiles desde la recepción de su reclamo para su procesamiento.
- Una vez procesado, el estado de su reclamo puede ser revisado a través de su cuenta en línea en www.choice-strategies.com

Cuenta de Cuidado de la Salud

Formulario de Reclamo de "Pay Me Back"

- **Presente su reclamo por internet** - Únase a la creciente mayoría de participantes que presentan su solicitud por internet para agilizar el servicio. Ingrese a su cuenta en www.choice-strategies.com para presentar su reclamo vía electrónica y para cargar su documentación.
- **Presente su reclamo por fax** - Los formularios de reclamación se pueden enviar ya sea por fax o por el correo de los EEUU a los siguientes lugares: Fax: 877-723-0148. Correo Postal de los EEUU: Choice Strategies. P.O. Box 2205, South Burlington, VT 05407
- **Tiempo de tramitación de los reclamos** - Los reclamos serán procesados dentro de los 2 días hábiles después de que Choice Strategies reciba el formulario. Puede comprobar el estatus de su reclamo accediendo a su cuenta en www.choice-strategies.com.



###5CHOICE#####

TITULAR DE LA CUENTA:

Apellido

Nombre

Nombre del Empleador

--	--	--	--

* El Código de Identificación son los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social, su número de Identificación de Empleado u otro número de referencia asignado por su empleador. Por favor, consulte las instrucciones de inscripción proporcionadas por el patrocinador de su programa para obtener más información acerca de su Código de Identificación.

Código de Identificación*

Código Postal

NOMBRE DEL PROVEEDOR	FECHAS DE SERVICIO (Fechas de Inicio y Culminación) (MM/DD/AA)	NOMBRE DEL PACIENTE, RELACIÓN CON EL TITULAR DE LA CUENTA Y TIPO DE SERVICIO	RECLAMO
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio.)		Nombre del Paciente: _____ Relación con el Titular de la Cuenta: Tipo de Servicio: <input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo Calificado <input type="radio"/> Familiar Calificado <input type="radio"/> Otro: _____	\$ _____
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio.)		Nombre del Paciente: _____ Relación con el Titular de la Cuenta: Tipo de Servicio: <input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo Calificado <input type="radio"/> Familiar Calificado <input type="radio"/> Otro: _____	\$ _____
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio.)		Nombre del Paciente: _____ Relación con el Titular de la Cuenta: Tipo de Servicio: <input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo Calificado <input type="radio"/> Familiar Calificado <input type="radio"/> Otro: _____	\$ _____
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio.)		Nombre del Paciente: _____ Relación con el Titular de la Cuenta: Tipo de Servicio: <input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo Calificado <input type="radio"/> Familiar Calificado <input type="radio"/> Otro: _____	\$ _____

¿Más gastos? Por favor, complete otro formulario.

TOTAL DEL FORMULARIO DE RECLAMO:

\$ _____

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Certifico que la información en esta página es correcta y está completa. Estoy solicitando el reembolso de los gastos de cuidado de dependientes relacionados con el trabajo en el que ha incurrido un dependiente elegible (para un niño menor de 13 años u otros dependientes que sean física o mentalmente incapaces de cuidar de sí mismos), mientras participe en el plan. Estos servicios se han prestado y confirmo que al solicitar el reembolso por aquí, no solicitaré el reembolso de estos gastos en ningún otro plan o parte. El uso de este servicio indica mi aceptación del Acuerdo de Usuario de WageWorks en www.wageworks.com (disponible después del registro; introduzca el nombre de usuario y contraseña o haga clic en el enlace "First Time User")