

Petición de reembolso para gastos de su propio bolsillo

Este formulario no es para reclamos hechos con una tarjeta de débito Aptia.

Guía de instrucciones para llenar

Reclamos también pueden ser sometidos a través de su cuenta en Internet. Este formulario es para el reembolso de cualquier gasto que Ud. haya pagado de su propio bolsillo para el cual no usó su tarjeta de débito de Aptia. Si Ud. tiene documentación para compras que haya hecho con su tarjeta de débito Mercer Aptia, es necesario subirla a su cuenta en Internet. O, puede someter la documentación con una copia de un Receipt Reminder (recordatorio para recibos).

Paso 1: Información del participante

- Llene los campos obligatorios (*).
- Por favor, escriba claramente. Una falta de información puede atrasar el procesamiento de su reclamo.

Paso 2a: Información para reembolso médico — Ud. puede someter un formulario por recibo o agrupar todos los recibos y someter un solo formulario.

Someter un recibo por formulario es el método preferido.

- **Tipo de plan:** Ingrese el código de 3-4 letras (localizado debajo de la tabla de reclamo) para identificar la cuenta de la cual Ud. desea ser reembolsado(a).
- **Fecha en que se recibieron los servicios:** Proporcione la fecha o el período de tiempo en que se incurrieron los gastos, incluyendo el año.
- **Nombre del mercante:** Proporcione el nombre del mercante o lugar donde se incurrieron los gastos. Si Ud. está haciendo un reclamo con gastos de varios mercantes y un monto total, favor de escribir "Multiple" en esta casilla.
- **Nombre de la persona que recibió el producto o servicio:** Proporcione su nombre de Ud. o el nombre del dependiente elegible para quien los servicios fueron proporcionados o el producto comprado. Si Ud. está haciendo un reclamo con gastos de varias personas y un monto total, favor de escribir "Multiple" en esta casilla.
- **Descripción de los servicios:** Proporcione una descripción breve del servicio.
- **Monto de reembolso pedido:** Proporcione el monto total que Ud. está solicitando.

Paso 2b: Información para el reembolso de gastos para el cuidado de dependientes — Pedir a su proveedor de cuidado de dependientes firmar este formulario es el método preferido para hacer un reclamo. Si Ud. quiere hacer un reclamo en Internet, puede pedir a su proveedor de cuidado de dependientes

firmar este formulario y subir este formulario al reclamo.

- **Tipo de plan:** DCFSA.
- **Rango de las fechas de servicio, incluyendo el año:** Provea la fecha o el rango de fechas entre las cuales los gastos fueron incurridos, incluyendo el año.
- **Nombre del proveedor:** Escriba el nombre del proveedor de cuidado de dependientes o del negocio.
- **Firma del proveedor:** Pida al proveedor de cuidado de dependientes firmar aquí.
- **Monto de reembolso pedido:** Escriba el monto total de la petición.

Paso 3: Certificación del participante

Somete el formulario completo con documentación que soporte la transacción a Aptia.

Dirección: PO Box 6161 Fargo, ND 58108-6161

Fax: 1-855-717-6571

Requisitos para la documentación

Documentación para gastos elegibles, la cual es requerida por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) incluye un recibo de terceros que incluya la siguiente información:

- Fecha en que se recibieron los servicios o se compró el producto
- Descripción del tipo de servicio pagado o producto comprado
- Monto en dólares (después de pagos de seguro, si son aplicables)
- Nombre del mercante/proveedor médico

La verificación de gastos para el cuidado de dependientes es requerida por el IRS. El método de verificación preferido es de que el proveedor del cuidado firme este formulario. También aceptamos documentación del proveedor. La documentación del proveedor tiene que incluir la siguiente información:

- Fechas en que se recibieron los servicios (fechas que ya han pasado)
- Descripción de los servicios
- Monto en dólares cobrado por los servicios que fueron recibidos
- Nombre del proveedor del cuidado de dependientes

Tipos de documentación inaceptables incluyen las siguientes:

- Estados de cuenta del proveedor que muestren sólo el monto pagado o un balance previo
- Recibos de tarjetas de crédito que muestren sólo un pago
- Facturas de pre-pago por el cuidado de dependientes/gastos elegibles para los cuales los servicios aún no han ocurrido

Cuando Ud. someta recibos por montos de copagos, por favor asegúrese que la descripción del tipo de servicio se muestre en el recibo. En algunos casos, Ud. va a necesitar pedir un recibo en el momento en que se reciban los servicios. Si "co-payment" no es claramente identificado, pídale al proveedor firmar el recibo y escribir "co-payment" en él.

Petición de reembolso para gastos de su propio bolsillo, continuada

Este formulario no es para reclamos hechos con una tarjeta de débito Aptia.

Ud. también puede someter reclamos vía su cuenta en Internet. Este formulario es para solicitar un reembolso de gastos de su propio bolsillo. Documentación para comprobar pagos hechos con su tarjeta de débito Aptia tiene que ser subida vía su cuenta en Internet o sometida con una copia de un Receipt Reminder (recordatorio para recibos).

*Campo obligatorio

Paso 1: Información del participante

*Nombre del participante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

*Número de seguro social

*Nombre del empleador o compañía (no abreviar)

ID del empleado

Paso 2a: Información para reembolso médico — Ud. puede someter un formulario por recibo o agrupar los recibos y someter un solo formulario. Someter un recibo por formulario es el método preferido.

*Tipo de plan	*Fecha en que se recibieron los servicios	*Nombre del mercante	*Nombre de la persona que recibió el producto o servicio	Descripción de los servicios	*Monto de reembolso pedido

*Tipos de planes: HFSA-FSA de salud; HRA-Arreglo para el reembolso de gastos de la salud

Paso 2b: Información para el reembolso de gastos por el cuidado de dependientes — Pedir a su proveedor de cuidado de dependientes firmar este formulario es el método preferido para hacer un reclamo. No obstante, también aceptamos documentación del proveedor si incluye fechas en que se recibieron los servicios, una descripción de los servicios, el monto y el nombre del proveedor. Si Ud. desea hacer un reclamo en Internet, puede pedir a su proveedor de cuidado de dependientes firmar este formulario y subir este formulario al reclamo O puede pedir al proveedor proporcionar un documento detallado para subir al reclamo.

*Tipo de plan	*Rango de fechas de servicios, incluyendo el año	*Nombre del proveedor	Firma del proveedor	*Monto de reembolso pedido
DCFSA				

Paso 3: Certificación del participante

A lo mejor de mi conocimiento, la información proporcionada es completa y exacta. Certifico que las peticiones que estoy sometiendo son para gastos elegibles según son definidos por el IRS y que no he sido reembolsado anteriormente por estos gastos ni estoy buscando un reembolso de cualquier otra fuente. También certifico que los gastos se incurrieron solo para uso personal y no con fines de reventa u otro fin no permitido en virtud de las normas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Yo entiendo que Aptia, incluyendo sus empleados y agentes, no será responsable si solicito el reembolso de servicios no elegibles. Si estoy solicitando un reembolso de mi Cuenta para el cuidado de dependientes, he obtenido o hecho esfuerzos razonables para obtener el Tax ID (TIN o número de identificación del contribuyente) y voy a incluir este TIN en el formulario 244I del IRS. Tengo que incluir este formulario con mi declaración federal de impuestos. Si estoy sometiendo gastos para un Arreglo acreditado para el reembolso de gastos de la salud para compañías pequeñas (QSEHRA, por sus siglas en inglés), certifico que yo, o el individuo para quien estoy solicitando un reembolso, seguimos teniendo Cobertura que cumple con el requisito mínimo (MEC, por sus siglas en inglés). Yo entiendo que si no alcanzo a, o dejo de, mantener la MEC, cualquier reembolso que se haga de mi QSEHRA para el mes durante el cual yo no tenía la MEC se convertirá en gasto que está sujeto a impuestos. Entiendo que tengo la responsabilidad de notificar a Aptia si cambia la información que yo proveo. Mediante la presentación de este formulario, certifico lo anterior. Según las condiciones del plan, si pagos por beneficios no son reclamados a tiempo, los pagos pueden ser perdidos y devueltos al plan.

Entiendo que debo mantener una copia de toda la documentación que he sometido en el caso de una auditoría del IRS.