

Cuenta de Gasto Flexible (FSA) Formulario de Reclamo



Instrucciones para procesamiento de reclamo rápido:

- Complete y firme por completo este formulario de reclamo
- Adjunte copias de EOB de soporte, recibos, comprobantes, facturas, etc.
- Todos los recibos deben detallar cada uno de los artículos resumidos a continuación
- Indique un gasto por línea
- Imprima en tinta azul oscuro o negra cuando use este formulario
- Reembolso Mínimo Total = \$25
- Tenga en cuenta que puede demorar 2 días hábiles para el procesamiento de los reclamos

Para saldo de la cuenta:
Visite my.NBSbenefits.com
o llame al (855) 399-3035

****Aviso****

Todos los reclamos de medicamentos de venta libre (OTC) deben estar acompañados por una receta elegible de acuerdo con las nuevas reglamentaciones federales

1 Información Personal

Nombre del Empleado _____

Nombre de la Compañía _____

Dirección postal, Ciudad, Estado, Código Postal _____

No Sí

¿Cambio de domicilio? _____

Número de teléfono _____

Número de Seguro Social _____

2 Gastos de Atención de Dependiente

	Fecha de Servicio MM DD AA	N.º de ID o Identificación o N.º de Seguro Social del Proveedor de Servicios	Nombre del Dependiente	Edad	Importe
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____

Total Gastos de Atención del Dependiente _____

3 Gastos de Atención de Salud

Fecha de Servicio MM/DD/AA	Visita al consultorio	Receta	Dental	Visión	Medicamento no farmacológico y de venta libre	Ortodoncia	Otros servicios Especifique	Persona que recibe el Servicio	Importe
1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
5 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
6 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
7 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Total Gastos de Atención de Salud _____

4 Firma del Empleado

Yo, el que suscribe, declaro a mi leal saber y entender que estas declaraciones son completas y verdaderas. Autorizo la presentación de toda información médica a mi cónyuge. Certifico que estos gastos son para servicios válidos proporcionados en las fechas indicadas y no serán reembolsados ni reclamados en virtud de ningún otro Plan ni reclamados como una deducción impositiva.

Firma Empleado _____

Fecha _____

Envíe su formulario de reclamo y sus recibos por fax, correo postal o correo electrónico a la siguiente dirección postal:

Correo Postal: National Benefit Services, LLC, P.O. Box 6980, West Jordan, UT 84084

Fax: Fax del Área de Salt Lake: (844) 438-1496

Correo electrónico: claims@NBSbenefits.com (solo archivos PDF, TIFF o JPG)