Elija una opción/Select one:

◯ Presentación original/Original submission

◯ Nueva presentación/Resubmission

HealthSCOPE BENEFITS

Formulario de Reclamo para Cuentas de Reembolso para la Salud (HRA)/Health Reimbursement Account (HRA) Claim Form

Cómo responder el formulario/How to complete the form

- Responda las secciones **A**, **B** y **C**./Complete sections **A**, **B** and **C**.
- Adjunte una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la compañía de seguros, recibos de copago de medicamentos recetados o una impresión de los medicamentos comprados a su proveedor de farmacia. El documento adjunto debe incluir todo lo siguiente/Attach an Explanation of Benefits (EOB) from the insurance carrier, prescription drug co-pay receipts, or a printout of drugs purchased from your pharmacy provider. The document(s) attached needs to include all of the following:
  1) Nombre y dirección del proveedor/Provider name and address 2) Nombre del paciente/Patient name 3) Gastos detallados/Itemized charges 4) Fecha del servicio/ Date of service 5) Tipo de servicio/ Type of service
- Los cheques cancelados, los recibos no detallados y las facturas pendientes de pago **NO SE ACEPTAN** como justificantes de gastos./Canceled checks, non-itemized receipts and balance due bills are **NOT ACCEPTABLE** proof of expenses.
- Si tiene preguntas, llame al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID o comuníquese con nosotros por Internet en **www.healthscopebenefits.com**./If you have questions, please call the phone number on the back of your ID card, or contact us online at **www.healthscopebenefits.com**.

A. Información sobre los empleados/Employee information

Número de identificación de empleado de HealthSCOPE Benefits *(en el frente de la tarjeta de ID)*/HealthSCOPE Benefits Employee Identification Number *(from front of ID card)* _____	Empleador/Employer _____
Nombre del empleado (apellido, nombre)/Employee name (Last, First) _____	Número de teléfono o dirección de correo electrónico/Phone number or e-mail address ____ - ____ - ____ _____

Dirección/Address _____ Ciudad/City _____

Estado/State _____ Código postal/ZIP _____

Nombre del paciente (apellido, nombre)/Patient name (Last, First) _____

Fecha de nacimiento del paciente/Patient date of birth ____ / ____ / ____
MM DD YY

(continuación)/(continued)

B. Gastos/Expenses

Fecha de inicio del servicio MM/DD/YY/ Start date of service MM/DD/YY	Fecha de finalización del servicio MM/DD/YY/ End date of service MM/DD/YY	Proveedor del servicio (médico o farmacia)/ Provider of service (doctor or pharmacy) Incluir nombre y dirección/Include name and address	Tipo de servicio/ Type of service	Cantidad de reembolso solicitada/Amount of reimbursement requested
___/___/___ MM DD YY	___/___/___ MM DD YY	_____ _____	◯ Medicamentos con receta/ Prescription ◯ Otros/Other	$ _____
___/___/___ MM DD YY	___/___/___ MM DD YY	_____ _____	◯ Medicamentos con receta/ Prescription ◯ Otros/Other	$ _____
___/___/___ MM DD YY	___/___/___ MM DD YY	_____ _____	◯ Medicamentos con receta/ Prescription ◯ Otros/Other	$ _____
___/___/___ MM DD YY	___/___/___ MM DD YY	_____ _____	◯ Medicamentos con receta/ Prescription ◯ Otros/Other	$ _____
			SOLICITUD DE REEMBOLSO TOTAL/TOTAL REIMBURSEMENT REQUEST	**$** _____

C. Certificado/Certification

Certifico que los gastos cuyo reembolso solicito cumplen todas las condiciones que aparecen a continuación/I certify that the expenses for which I am requesting reimbursement meet all of the following conditions listed below:

- Yo o los dependientes que cumplen los requisitos del plan incurrimos en estos gastos por servicios o suministros./They were incurred for services or supplies by me or my eligible dependents under the plan.
- Los gastos corresponden a servicios o suministros prestados en la fecha de vigencia de mi cuenta de reembolso para la salud o después de esa fecha/They were for services or supplies furnished on or after the effective date of my health reimbursement account.
- Los gastos no se me han reembolsado de ninguna otra forma./I have not been reimbursed for these expenses in any other way.

Entiendo que el reembolso de estos gastos debe solicitarse y realizarse solo después de haber cobrado todos los pagos de beneficios disponibles de todos los planes que nos cubren a mis dependientes elegibles y a mí. Además, certifico que no he deducido ni deduciré en mi declaración de impuestos sobre la renta individual ninguno de los gastos reembolsados a través de mi cuenta de reembolso para la salud. Entiendo que el reembolso se hará según las disposiciones del plan. Acepto la responsabilidad del tratamiento adecuado de los beneficios pagados según este plan con respecto a los requisitos de participación, la declaración de impuestos sobre la renta y la responsabilidad civil./I understand that reimbursement of these expenses should be requested and made only after I have collected all benefit payments available from all plans under which my eligible dependents and I are covered. I further certify that I have not deducted or will not deduct on my individual income tax return any of the expenses reimbursed through my health reimbursement account. I understand that reimbursement will be made in accordance with the provisions of the plan. I accept responsibility for the proper treatment of benefits paid under this plan with respect to eligibility, income tax reporting and liability.

Firma del empleado *(obligatorio)*/Employee signature *(required)* _____

Fecha *(obligatorio)*/Date *(required)* ___/___/___ MM DD YY

PUEDE ENVIAR **SOLO LAS PÁGINAS COMPLETADAS** POR/YOU CAN SEND THE **COMPLETED PAGE(S) ONLY** BY: CORREO/MAIL: **HealthSCOPE**, PO Box 30962, Salt Lake City, UT 84130-0962 FAX: **855-405-2189**	Para consultas: visite **www.healthscopebenefits.com** o llame al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID/For Inquires: **www.healthscopebenefits.com** or call the phone number on the back of your ID card

Instrucciones de Reembolso - Revisar/Reimbursement Instructions – Please Review

Requisitos para los Servicios que Cumplen los Requisitos y la Documentación/Eligible Services and Documentation Requirements:

El gasto debe ser un gasto relacionado con la salud en el que hayan incurrido usted o uno de sus dependientes que cumplan los requisitos. Es decir, cantidades pagadas para el diagnóstico, la curación, la mitigación, el tratamiento o la prevención de enfermedades o con el propósito de afectar cualquier estructura del cuerpo. Los gastos deben ser médicamente necesarios y no deben tener motivos estéticos o de buena salud general./The expense must be a health-related expense incurred by you or one of your eligible dependents. This means amounts paid for the diagnosis, cure, mitigation, treatment, or prevention of disease or for the purpose of affecting any structure of the body. Expenses must be medically necessary and not for cosmetic purposes or general good health.

La documentación justificativa debe acompañar a este formulario de solicitud. Respete las siguientes normas**/Supporting Documentation** must accompany this request form. Please adhere to the following DOs and DO NOTs:

SÍ/DO	NO/DO NOT
• Envíe junto con este formulario recibos o facturas detallados en los que figuren las fechas del servicio, el tipo de servicio, el nombre del proveedor, el nombre del paciente y la cantidad que se debe por el servicio./Send an itemized bill or receipts showing the dates of service, type of service, provider name, patient's name and amount of service with this form. • Envíe una copia de una Explicación de Beneficios (EOB) de cualquier plan de seguro que cubra el gasto. Cuando corresponda, su reclamo del seguro deberá estar finalizado antes de que pueda solicitar el reembolso para la cuenta de reembolso para la salud./Send a copy of an Explanation of Benefits (EOB) from any insurance plan under which the expense is covered. When applicable your insurance claim must be finalized prior to submitting for HRA reimbursement. • Complete la cantidad total solicitada./Complete the total requested amount. • Envíe la documentación en papel blanco. El papel de color no es legible cuando se escanea./Send the documentation on white paper. Colored paper is not legible when scanned. • Pegue los recibos pequeños con cinta adhesiva a una hoja de papel en blanco estándar de 8.5" x 11". Asegúrese de que la letra sea legible./Tape small receipts to a standard 8.5" x 11" sheet of blank paper. Ensure print is legible. • Haga una copia del formulario y de la documentación para sus registros personales./Make a copy of the form and documentation for your personal records.	• No presente cheques cancelados ni recibos de tarjetas de crédito por sí solos. No se consideran documentación adecuada si no están acompañados de un desglose./Do not submit canceled checks or credit card receipts alone. These are not adequate documentation without supporting itemization. • No presente resúmenes de cuenta con saldos traspasados./Do not submit balance forward statements. • No presente resúmenes de cuenta bancarios./Do not submit bank statements. • No resalte nombres, precios o fechas en los recibos. No son legibles cuando se escanean./Do not highlight names, prices, or dates on receipts. They are not legible when scanned. • No presente recibos manuscritos para recetas médicas o artículos de venta sin receta./Do not submit handwritten receipts for prescriptions or over-the-counter items. • No presente cálculos aproximados previos al tratamiento ni declaraciones aproximadas del seguro./Do not submit pre-treatment estimates or estimated insurance statements. • No envíe la fecha en que se pagó el gasto./Do not submit date expense was paid.

Las fechas reales de servicio deben indicarse en el formulario de reclamo. El Servicio de Impuestos Internos permite el reembolso de los servicios cuando se proporciona cuidado, y esta podría no ser la fecha real en que paga el paciente o se le facturan formalmente los gastos./**Actual Dates of Service** must be indicated on the claim form. The IRS allows reimbursement for services when the care is provided, which may not be the actual date that the patient pays or is formally billed for the charges.

(continuación)/(continued)

Las notificaciones por correo electrónico de la Explicación de Beneficios le permiten recibir correos electrónicos que le avisan una vez que su reclamo ha sido procesado y hay una Explicación de Beneficios disponible para ver en Internet. Inscribirse es fácil y conveniente en **www.healthscopebenefits.com**./**EOB E-mail Notification** allows you to receive an e-mail notifying you once your claim has been processed and an EOB is available to view online. Signing up is easy and convenient at **www.healthscopebenefits.com**.

La Carta de Necesidad Médica (Letter of Medical Necessity, LOMN) es un documento adicional necesario cuando se considera que un artículo normalmente no cumple los requisitos para tratar una condición médica específica. El proveedor debe responder esta carta para indicar qué servicio o artículo necesita y para qué tipo de condición. Se requiere una Carta de Necesidad Médica anual. Si no está seguro de si un servicio o artículo está cubierto, consulte la lista de artículos que cumplen/no cumplen los requisitos disponible en Internet, consulte el documento de su plan o comuníquese con el Servicio al Cliente de HealthSCOPE Benefits./**Letter of Medical Necessity (LOMN)** is additional documentation needed when an item normally not considered eligible is needed to treat a specific medical condition. This letter would need to be completed by your provider stating which service or item is needed and for what type of condition. A LOMN is required annually. If you are not sure if a service or item will be covered please review the listing of eligible/ineligible items available online, refer to your plan document or please contact HealthSCOPE Benefits customer service.

Algunos ejemplos de artículos que requieren una Carta de Necesidad Médica son/Examples of items needing a LOMN are 1) vitaminas/suplementos/vitamins/supplement 2) terapia de masajes/massage therapy 3) programas de control de peso./weight loss programs.

Se seguirán las **limitaciones en el reembolso de suministros de venta sin receta (acumulación)** si su plan permite el reembolso de suministros de venta sin receta. Solo se le reembolsará una cantidad razonable de un gasto de cuidado médico sin receta que cumpla los requisitos, según determine el administrador del plan según el plan (por ejemplo, 10 cajas de vendaje adhesivo en un mes no sería razonable). Consulte el Documento del Plan para comprobar si los artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cumplen los requisitos./**Limitations on Reimbursement of Over-the-Counter Supplies (Stockpiling)** will be followed if your plan allows reimbursement of over-the-counter supplies. You will only be reimbursed for a reasonable quantity of an eligible over-the-counter medical care expense as determined by the plan administrator under the Plan (i.e., 10 boxes of adhesive bandages in one month would not be reasonable). Please refer to your Plan Document to verify OTC items are eligible.

El **reembolso automático** podría ser una función elegida por su empleador. Esta función permite que cualquier cantidad que sea responsabilidad civil del paciente se reembolse automáticamente desde su cuenta de reembolso para la salud una vez que se procesen sus reclamos médicos de HealthSCOPE Benefits cuando tenga un plan médico de HealthSCOPE Benefits. Comuníquese con el Servicio al Cliente de HealthSCOPE Benefits para comprobar si esta función está permitida y si cumple los requisitos para participar./**Automatic Reimbursement** may be a feature your employer has chosen. This feature allows any patient liability amounts to be automatically reimbursed from your health reimbursement account once your HealthSCOPE Benefits medical claims are processed when you have a HealthSCOPE Benefits medical plan. Please contact HealthSCOPE Benefits customer service to verify if this feature is allowed and if you are eligible to participate.

TENGA EN CUENTA: Si tiene el reembolso automático de los beneficios indicados anteriormente, no presente un reclamo manual./PLEASE NOTE: If you have automatic reimbursement for the benefits listed above, please do not submit a manual claim.

Solo para los titulares de cuentas de ahorros para la salud (HSA): Entiendo que (1) no puedo presentar gastos que se tomarían en cuenta para alcanzar el deducible de mi plan de salud con deducible alto (high-deductible health plan, HDHP)./ **Health Savings Account (HSA) Owners Only:** I understand that (1) I may not submit any expenses that would apply toward the deductible on my high-deductible health plan (HDHP).

© 2023 United Healthcare Solutions, Inc. UMF0052-CPS-HSB-SP 0723 UA