

RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS FLEXIBLES

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Departamento de Beneficios

Teléfono: (925) 956-0514

Fax: (844) 859-7309

Correo electrónico:

benefits@pensiondynamics.com

Dirección: 2300 Contra Costa Blvd., Suite 400
Pleasant Hill, CA 94523

Sitio Web: www.pensiondynamics.com

Servicio a clientes

La mejor manera de consultar el estatus de su reclamación es ingresar a su cuenta en línea en www.pensiondynamics.com. Si aún no se ha registrado para obtener una cuenta, contacte a Pension Dynamics Company LLC. El sitio web está disponible 24/7 y es un gran recurso una vez que se ha registrado.

Servicio a Clientes está disponible llamando al (925) 956-0514 de 9 AM - 5 PM PST, de lunes a viernes. También puede enviarnos un correo electrónico a benefits@pensiondynamics.com. Incluya por favor su nombre y el nombre de su empleador en toda la correspondencia que nos envíe pero no incluya información confidencial como su Número de Seguridad Social.

Información importante antes de comenzar

Consejos para completar el formulario de reclamación

- Llene cada una de las secciones completamente. Todos los formularios incompletos no podrán ser procesados.
- Imprima la información en el formulario o use letra legible.
- Recuerde firmar el formulario. Se requiere que sea el empleado que está participando en el plan el que firme el formulario, no el cónyuge u otro dependiente.
- Cobertura de seguro: Si el seguro está pagando ALGUNA parte de los servicios de los que usted está solicitando reembolso, marque SÍ. Si no cuenta con seguro o si este concepto no está cubierto por su seguro, marque NO.

Datos que debe incluir su Formulario de Reclamación

- Todos los documentos de comprobación relacionados con la Atención de la Salud deben incluir:
 - Nombre del paciente (usted, su cónyuge o su dependiente fiscal) que incurrió en el gasto
 - La fecha en que los servicios fueron proporcionados o en la que el artículo fue adquirido
 - Proveedor del servicio o nombre del establecimiento
 - Descripción del Servicio/Compra
 - Cantidad del Servicio/Compra
- Se recomienda incluir una Explicación de Beneficios (EOB). Algunas se necesita la EOB si usted cuenta con una póliza de seguro que esté cubriendo una parte de los servicios.
- Todos los documentos de comprobación relacionados con el Cuidado de Dependientes deben incluir:
 - Fechas de los Servicios (*fechas en las que se brindó la atención, no en las que se facturó o se pagó*)
 - Descripción del Servicio
 - Nombre del Dependiente
 - Nombre del Proveedor de Atención
 - Identificación Fiscal o NSS del Proveedor
 - Cantidad de la reclamación

Si su proveedor no le entrega recibos Pension Dynamics puede aceptar la firma del proveedor en el formulario de reclamación completado como prueba de su gasto.

- Cheques cancelados, recibos de tarjetas de crédito y estados de cuenta incluyendo "Saldo anterior", "Saldo pendiente", o "Pago a cuenta" NO son aceptables ya que no contienen toda la información requerida.
- Los estados de cuenta escritos a mano deben entregarse en papel membretado del proveedor o presentar sello del proveedor que incluya su información.

Recordatorios a la hora de presentar su Formulario de Reclamación

- Conserve el original de todas las solicitudes incluyendo los documentos de comprobación, envíenos sólo copia de los documentos. Pension Dynamics no es responsable de proveer copias.
- Espere 2 días hábiles para que su reclamación sea procesada. Los pagos no pueden ser emitidos hasta que los servicios hayan sido provistos completamente.
- Si su reclamación es rechazada, recibirá un aviso por escrito explicándole las razones por las que su reclamación no pudo ser procesada. Si necesita información adicional, la carta de rechazo indicará qué puede hacer para que su reclamación sea procesada nuevamente.
- **NO** combine su reclamación con las reclamaciones de sus compañeros de trabajo. Provocará un retraso en el procesamiento e incluso podría no ser procesada.
- Para enviar, complete el Formulario de reclamación y adjunte toda la justificación. Puede cargar los documentos en secure.pensiondynamics.com o puede descargar nuestra aplicación móvil. Puede encontrar esto buscando "Pension Dynamics WealthCare" en su tienda de aplicaciones.
- También puede enviar por fax su reclamo en su totalidad al (844) 859-7309 con una portada.
- También puede enviar por correo una copia de su Reclamación en su totalidad a: Pension Dynamics Company LLC, A la atención del: Departamento de Beneficios, 2300 Contra Costa Blvd., Suite 400, Pleasant Hill, CA 94523-3987.

REEMBOLSO DE BENEFICIOS FLEXIBLES

EL NO CONTESTAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO PUEDE RETRASAR EL PAGO

Consulte su Manual de Empleado o contacte a su Proveedor de Servicio del Plan para asegurarse de que su gasto es elegible para reembolso.

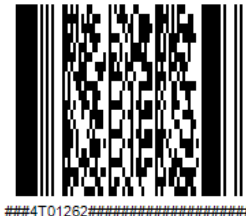
Plan: _____

Ejemplo "Plan de beneficios flexibles ABC Company 125" Si no está seguro acerca de su nombre de plan, comuníquese con su departamento de recursos humanos o beneficios.

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre _____ Cuatro últimos dígitos del NSS _____

Dirección de correo electrónico personal _____ Número de teléfono de día _____ Número de teléfono de noche _____



###4T01262#####

SECCIÓN 2. RECLAMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA *(si está registrado en una FSA LIMITADA, los gastos elegibles son limitados a atención dental y de visión)*

- Adjunte copia de la Explicación de Beneficios (EOB) para solicitudes de reembolso de deducible y coaseguro.
- Adjunte **facturas desglosadas** para gastos no cubiertos por seguro médico/dental/de visión. Las facturas desglosadas **deben incluir** la(s) fecha(s) de servicio, el nombre del paciente, el nombre del proveedor, los servicios proporcionados y la cantidad del gasto. Los conceptos de doble propósito deben incluir información que explique la necesidad médica.
- Póngase en contacto con Pension Dynamics para obtener información sobre cómo presentar reclamaciones de ortodoncia.
- **Declaraciones con saldo pendiente, cheques cancelados y recibos de tarjetas de crédito no son aceptables.**

Proveedor/Vendedor	Nombre del dependiente que incurrió en el gasto	Fecha(s) de servicio	Cobertura de seguro		Cantidad solicitada	Pagado con Benefits Card
			Sí	No		
_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>

Si necesita espacio adicional para enumerar los gastos, use otro formulario.

Total: _____

SECCIÓN 3. RECLAMACIONES POR CUIDADO DE DEPENDIENTES

Los comprobantes de gastos **deben incluir** fechas de servicio, descripción de servicios, nombre del proveedor, cantidad del gasto y número de identificación fiscal (T.I.N.) o Número de Seguridad Social del proveedor. Si no hay un recibo disponible, complete el formulario de reclamación y pida a su proveedor que firme donde se señala. Los estados de cuenta escritos a mano deben incluir el sello del proveedor o presentarse en papel membretado con los datos del proveedor.

Proveedor/Vendedor	Nombre del dependiente que incurrió en el gasto	Fecha(s) de servicio	NSS/TIN del Proveedor	Cantidad solicitada
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Total: _____

Firma del proveedor: _____

SECCIÓN 4. AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO

Certifico que los gastos anteriores califican para reembolso de acuerdo con los términos del Plan de Beneficios Flexibles. Declaro específicamente que los gastos mencionados han sido incurridos por mí y/o por mis dependientes elegibles. Adjunto comprobantes aceptables de gastos a este formulario. Certifico que lo anterior es correcto y completo y que todos los gastos menores que me sean reembolsados de acuerdo a este programa no serán deducidos en mi declaración de impuestos o en la de mi cónyuge ni me serán reembolsados a mí o a mis dependientes por algún otro medio.

Firma del empleado _____

Fecha _____