

RECLAMACIONES DE LA CUENTA DE SERVICIOS DE SALUD (HRA)

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.

Datos que debe incluir su formulario de reclamación

- Se requiere de una Explicación de Beneficios (EOB) para todos los servicios médicos. Las recetas son la única excepción.
- Las declaraciones del proveedor, 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.

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.

REEMBOLSOS DE LA CUENTA DE GASTOS DE SALUD (HRA)

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.

Nombre del Plan/Empresa: _____

Ejemplo "Plan de beneficios flexibles ABC Company 105" 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 _____

SECTION 2. RECLAMACIONES DE HRA

- Adjunte copia de la Explicación de Beneficios (EOB) que muestren las cantidades de deducible y coaseguro, por favor incluya todas las páginas.
- Estados de cuenta 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) del servicio | Cantidad solicitada |
|--------------------|---|-----------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

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

SECCIÓN 3. 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