

**Formulario de reclamación**  
(Instrucciones en la página siguiente)



**Información del empleado**

Apellido, Nombre	SSN / ID de empleado #
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal) Por favor, actualice mi dirección en el archivo <input type="checkbox"/>	Número de teléfono
Nombre del empleador	Dirección de correo electrónico

**¿Sabía que puede enviar reclamos sin papel en línea o a través de la aplicación móvil MyNavia?  
¡Solo toma una foto y envíala!**

**Gastos de la FSA de guardería**

Fecha(s) de servicio	Tipo de servicio	Nombre del proveedor, número de identificación fiscal y/o SSN	Servicios para quién	Edad	Costo neto
<b>Solicitud de reembolso total \$</b> _____					
<p><b>Certificación de proveedor de cuidado</b> diurno: Certifico que los servicios de cuidado de dependientes se proporcionaron como se indicó anteriormente.</p> <p>Nombre del proveedor/instalación: _____ Firma del proveedor X _____</p> <p>Nombre del firmante (impreso): _____ Fecha: _____</p>					

**Cuidado de la salud / FSA limitada / HRA / Gastos de bienestar**

Fecha(s) de servicio	Tipo de servicio	Nombre del proveedor	Servicios para quién	Costo neto
<b>Solicitud de reembolso total \$</b> _____				

**Firma**

Hasta donde yo sé, mis declaraciones en este formulario de reclamación son completas y verdaderas. Entiendo que soy el único responsable de la suficiencia, exactitud y veracidad de las reclamaciones y toda la información relacionada con estas reclamaciones presentadas a mi HRA, Atención Médica ("HCFSA") o Acuerdo de Gastos Flexibles de Guardería ("DCFSA"), y que a menos que un gasto por el cual se reclame el pago o reembolso sea un gasto adecuado bajo la HRA, HCFSA o DCFSA, Puedo ser responsable del pago de todos los impuestos relacionados, incluidos los impuestos federales, estatales o municipales sobre los montos pagados por la HRA, HCFSA o DCFSA que se relacionan con dichos gastos. Además, entiendo que no se permite ningún crédito fiscal para guarderías por montos por los cuales se realiza el reembolso. Estoy reclamando el reembolso de atención médica por los gastos de atención médica elegibles incurridos por mí, cónyuge y / o dependientes. Nota: El IRS no reconoce a las parejas domésticas a los efectos de recibir beneficios de salud favorecidos por los impuestos. Para obtener más información, póngase en contacto con su empleador. Certifico que estos gastos no han sido reembolsados bajo este plan o por cualquier otra fuente y que no serán reembolsados por ninguna otra fuente o seguro. Al proporcionar una dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento para recibir todas las comunicaciones posibles de Navia Benefit Solutions, agentes y subcontratistas con respecto al Plan por correo electrónico. Puedo retirar el consentimiento en cualquier momento sin cargo poniéndome en contacto con Navia por teléfono, correo electrónico o correo. Para actualizar su dirección de correo electrónico, comuníquese con Navia Benefit Solutions por teléfono, correo electrónico o correo. Tiene derecho a recibir la versión en papel de un documento electrónico de forma gratuita. Los requisitos de software se proporcionarán con cada documento electrónico. Por la presente, autorizo a mi HRA, HCFSA y / o DCFSA a reducirse en la cantidad (s) que se muestra arriba.

Firma del participante  X _____	Fecha _____
---------------------------------------	-------------

## Instrucciones del formulario de reclamación

1. Complete la sección de información del empleado. Asegúrese de escribir de forma legible para garantizar un procesamiento adecuado.
2. Detallar sus gastos en la tabla proporcionada y adjuntar copias de su documentación.

La documentación debe mostrar claramente la fecha de servicio, el tipo de servicio y el costo final del servicio. Los ejemplos de documentación aceptable incluyen facturas / facturas detalladas o la Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros.

- ❖ Si su empleador ofrece una HRA y usted está inscrito en un plan que solo ofrece reembolso por deducible, coseguro y / o copagos, se requiere un EOB para la presentación de reclamos.
- ❖ Si el gasto es un monto de copago (múltiplo de \$ 5 hasta \$ 500), un recibo de pago es documentación aceptable.

No se requiere comprobante de pago para reembolsar los servicios médicos / dentales / de la vista.

### Prescripciones

Los ejemplos de documentación aceptable incluyen la etiqueta Rx, el recibo de pago o el estado de cuenta del pedido por correo que muestra la fecha de llenado, el nombre de Rx o Rx #, y el costo. También puede enviar una impresión detallada de su farmacia.

### Medicamentos y drogas de venta libre

Según las regulaciones del IRS, los medicamentos de venta libre y los medicamentos con un ingrediente activo son gastos elegibles que se pueden reembolsar con su FSA (por ejemplo, analgésicos, medicamentos para el resfriado / alergia, ungüentos, antiácidos).

### Tratamientos alternativos

Los gastos que pueden ser vistos como meramente beneficiosos para la salud general requerirán una Carta de Necesidad Médica (LMN), que muestre el tratamiento de un diagnóstico médico específico. Los ejemplos incluyen vitaminas / suplementos, hierbas, programas de pérdida de peso, productos cosméticos y procedimientos. Pídale a su proveedor que escriba una carta o complete nuestra [plantilla de Carta de Necesidad Médica](#).

### Cuidado de dependientes

La documentación aceptable incluye una factura / factura detallada, que muestra la fecha del servicio, el tipo de servicio y el costo del servicio. Si el dependiente tiene 5 años o más, la documentación debe demostrar que los servicios son "para el cuidado" y no de naturaleza educativa.

Si no puede obtener suficiente documentación, puede hacer que el proveedor firme el frente de este formulario de reclamo para validar los servicios que se reclaman.

Si desea automatizar sus gastos recurrentes de guardería, puede hacerlo completando nuestro [Formulario de reclamo de guardería recurrente](#), iniciando sesión en nuestro Portal de participantes y seleccionando el mosaico de la herramienta Mis reclamos recurrentes.

Por favor, **NO** envíe los siguientes tipos de documentación:

- ❖ Estados de cuenta que muestren el seguro estimado/pendiente
- ❖ Declaraciones que muestren la cantidad reclamada como saldo a plazo/saldo anterior
- ❖ Estados de cuenta que muestren la cantidad reclamada como pago anticipado de servicios futuros
- ❖ Cheques cancelados/copias de cheques cobrados
- ❖ Extractos bancarios personales

3. ¡Asegúrese de firmar el formulario de reclamo y enviarlo! Envíe por fax, correo electrónico o correo electrónico un formulario de reclamo firmado, pero elija solo un método.

#### **Presentación de Reclamaciones Generales:**

Correo electrónico: [claims@naviabenefits.com](mailto:claims@naviabenefits.com)  
 Fax: Local (425) 451-7002 o línea gratuita (866) 535-9227  
 Correo: Navia Benefit Solutions  
 Apartado de correos 53250 Bellevue, WA 98015  
 Teléfono: Local (425) 452-3500 o Línea gratuita (800) 669-3539

#### **Si su empleador ofrece un plan HRA, dental o de bienestar, envíese a:**

Correo electrónico: [105@naviabenefits.com](mailto:105@naviabenefits.com)  
 Fax: Local (425) 709-7125 o Línea gratuita (866) 831-6222  
 Correo: Navia Benefit Solutions  
 Apartado de correos 53250 Bellevue, WA 98015  
 Teléfono: Local (425) 452-3421 o Línea gratuita (866) 897-1996

El estado de las reclamaciones está disponible [en línea](#). Espere al menos dos (2) días hábiles completos para que Navia procese su reclamo.