

# 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 incluir una fecha, descripción y monto del servicio.
- Indique un gasto por línea
- Imprima en tinta azul oscuro o negra cuando use este formulario
- Tenga en cuenta que puede demorar 2 días hábiles para el procesamiento de los reclamos

Para saldo de la cuenta:  
Visite [my.NBSbenefits.com](http://my.NBSbenefits.com)  
o llame al (800) 274-0503

## 1 Información Personal

Nombre del Empleado	Nombre de la Compañía
Dirección postal, Ciudad, Estado, Código Postal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cambio de domicilio?
Número de teléfono	Número de Seguro Social

## 2 Gastos de Atención de Dependiente

	Fecha de Servicio Fecha de inicio	Fecha final	N.º de ID o Identificación o N.º de Seguro Social del Proveedor de Servicios	Nombre del Dependiente	Edad	Importe
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Total Gastos de Atención del Dependiente</b>						_____

## 3 Gastos de Atención de Salud

	Fecha de Servicio MM/DD/AA	Visita al consultorio	Receta	Dental	Visión	Hospital	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"/>	_____	_____	_____
<b>Total Gastos de Atención de Salud</b>										_____

## 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 219393, Kansas City, MO 64121-9393

**Correo electrónico:** [service@NBSbenefits.com](mailto:service@NBSbenefits.com) (solo archivos PDF, TIFF o JPG)