

## Formulario de reclamo de la Cuenta de Gastos

### SECCIÓN A : INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Si ha cambiado de domicilio, asegúrese de notificar a su empleador para que actualicen sus registros.

Nombre \_\_\_\_\_  
(Imprima o escriba en letra de imprenta: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Envíe fotocopias de los formularios y de la documentación. Conserve los originales para sus registros, ya que el reclamo y la documentación de respaldo es parte de dicho reclamo y se devolverá.

- El IRS ha determinado que los cheques cancelados, las copias de cheques, los saldos a futuro, los estados de cuenta de saldos anteriores, los recibos o estados de cuenta de tarjetas de débito no son documentos válidos para comprobar los gastos realizados.
- La recepción de reclamos enviados por fax no se puede verificar debido a la gran cantidad que recibimos. Llame al sistema automatizado al (888) 295-5656 después de las 5 p.m. hora del Pacífico o ingrese en [www.creativebenefits.com](http://www.creativebenefits.com) para saber si su reclamo ha sido recibido e ingresado.

**SECCIÓN B - GASTOS PARA PRESENTAR** (Si usted es titular de una tarjeta de pagos de una cuenta de gastos, marque la casilla correspondiente a tarjeta de pago e ingrese \$0 en la columna de monto del gasto si está presentando documentación de respaldo de uso de la tarjeta de pago). Adjunte copias de la documentación de respaldo de su proveedor en las cuales consten los servicios, a quiénes se prestaron, la fecha (para los servicios de atención diurna para dependientes, en la documentación debe constar la fecha del servicio "desde y hasta", así como también información sobre el proveedor del servicio de atención diurna) y el monto pagado (así como también todas las facturas, recibos y demás documentación de respaldo).

#### TIPO DE GASTO

HC = Gasto de asistencia médica

DC = Gasto de atención diurna para dependientes

Toda la información es obligatoria. También puede presentar su reclamo en línea en nuestro sitio seguro [www.creativebenefits.com](http://www.creativebenefits.com), imprimir una hoja de confirmación y enviarla por fax con sus recibos de terceros.

tarjeta de pago de la cuenta de gastos	tipo de gasto (marque sólo uno por fila)		descripción del gasto	atención preventiva	persona para la cual se efectuó el gasto	relación (cónyuge, hijo o dependiente a efectos impositivos)	fecha de nacimiento Formato de fechas: mm/dd/aa	fechas del servicio (desde - hasta) Formato de fechas: mm/dd/aa	monto del gasto
	HC	DC							
<input type="checkbox"/>									\$
<input type="checkbox"/>									\$
<input type="checkbox"/>									\$
<input type="checkbox"/>									\$

La firma del proveedor de servicios de atención diurna puede ser sustituida por la documentación de respaldo.

Monto total a reembolsar \$ \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DIURNA** \_\_\_\_\_

Al final del ejercicio fiscal, se le requiere que proporcione el IRS con el nombre, dirección y número de identificación fiscal de Impuestos Formulario 2441 con el fin de obtener la ventaja fiscal de estos gastos.

**FIRME Y FECHÉ EL FORMULARIO TODAS LAS VECES**

Certifico el presente reclamo de acuerdo con la Sección C: Certificación del empleado. Los reclamos no firmados serán rechazados en forma automática.

**FIRMA DEL PARTICIPANTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

### SECCIÓN C : CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO

Acepto que:

- No he recibido ni intentaré recibir un reembolso por estos mismos gastos incurridos en virtud de cualquier otro plan y no puedo reclamar estos mismos gastos a fin de obtener una deducción en el impuesto sobre la renta. Todos estos gastos incurridos califican como gastos elegibles para mí o mis dependientes elegibles de acuerdo con el Plan y las Normas del IRS.
- En caso de haber incluido un medicamento, droga o insumo de venta libre, certifico que se está utilizando "para diagnosticar, tratar o prevenir una enfermedad específica o para afectar cualquier función o estructura del cuerpo". En caso de que el producto de venta libre sea un suplemento, medicamento a base de hierbas o vitamina, certifico que se utiliza para atención médica, según la definición establecida anteriormente, por indicación de un médico matriculado y no simplemente para mejorar la salud general, y además, he adjuntado el certificado del médico. Comprendo que ciertos medicamentos de venta libre pueden requerir certificaciones adicionales por parte de mi médico.
- Solicito que todas las comunicaciones posibles se me envíen al correo electrónico que indico aquí.

Cantidad de páginas enviadas por fax

Envíe el formulario de reclamo completo y firmado, junto con la documentación de respaldo por fax, escaneado por correo electrónico o por correo postal antes de las 2:00 p.m. hora del Pacífico para que se ingrese ese día a:

WageWorks, formerly Creative Benefits  
PO Box 1928, Vista, CA 92085-1928  
Fax: (760) 758-4610 o línea gratuita (888) 295-5757  
Correo electrónico: [claims.vista@wageworks.com](mailto:claims.vista@wageworks.com)  
Teléfono: (888) 295-5656 (línea gratuita)

¿Es un domicilio nuevo?  SÍ  NO (marque una casilla)

Número de Seguro Social o su nro. de Identificación de participante \_\_\_\_\_  
asignado por WageWorks, formerly Creative Benefits

Número de teléfono durante el día ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

# GASTOS ELEGIBLES DE LA CUENTA DE GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

(Consulte el Documento de Resumen del Plan para conocer los detalles o las limitaciones).

## Servicios prestados por un médico matriculado cuando sean médicamente necesarios, entre otros:

- Dígito-puntura
- Acupuntura
- Anestesiología
- Quiropraxia
- Profesional de la Ciencia Cristiana
- Dermatología
- Partera
- Obstetricia
- Oftalmología
- Optometría
- Osteopatía
- Pediatría
- Podólogo
- Psiquiatría/Psicología
- Psicoterapeuta
- Cirugía

## Servicios médicos/hospitalarios u otros gastos:

- Servicios de diagnóstico realizados por un doctor en medicina o bajo su dirección
- Servicios de cirugía realizados por un doctor en medicina o bajo su dirección
- Radiografías y servicios radiológicos para diagnóstico o tratamiento
- Gastos por la donación de un órgano o por la recepción de un trasplante de órgano
- Servicios de enfermería para afecciones médicas específicas por parte de una enfermera registrada o matriculada que no tenga parentesco con los empleados
- Servicios de un terapeuta físico, del lenguaje u ocupacional
- Ambulancia
- Gastos de análisis de laboratorio
- Medicamentos de venta bajo prescripción médica: incluso insulina, laetril y píldoras anticonceptivas
- Drogas, medicamentos e insumos de venta libre\*. Sólo pueden comprarse de a seis por vez.
- Vacunas e inmunizaciones
- Dispositivos ortopédicos
- Educación especial para dependientes física o mentalmente discapacitados
- Gastos de transporte y alojamiento incurridos por razones médicas
- Honorarios legales pagados para autorizar tratamientos por enfermedad mental
- Montos deducibles y copagos

## Otros gastos médicos

- Tratamiento de alcoholismo o dependencia a las drogas, incluso gastos por comidas y alojamiento en un centro de tratamiento
- Remoción de pintura a base de plomo en el hogar
- Programas para dejar de fumar y medicamentos relacionados

## Servicios odontológicos, oftalmológicos y de audición

- Controles y cuidado dental (por parte de un doctor en cirugía odontológica (DDS) o un higienista dental), incluso los honorarios del dentista, rayos X, empastes, frenillos, extracciones y dentaduras postizas
- Ortodoncias (generalmente el costo prorrateado atribuible al presente año del plan)
- Costo de perro lazarillo para personas ciegas o sordas
- Libros y revistas en braille (el valor que exceda el costo de los libros comunes)
- LASIK, Láser, cirugía de queratotomía radial (RK) o queratotomía fotorefractiva (PRK), anteojos de prescripción y lentes de contacto (incluso soluciones oftalmológicas)
- Dispositivos especiales para personas ciegas (grabador de cassette, máquina de escribir)
- Dispositivos y cuidados de la audición (incluso las baterías)
- Costo del tomador de notas para personas sordas en la escuela
- Alerta visual para el hogar y gastos de equipo telefónico especial para personas sordas
- Adaptación de televisor para personas sordas

## Dispositivos de mantenimiento y soporte (requieren una carta de un médico matriculado que indique la necesidad médica de utilizarlos)

- Medias elásticas y zapatos ortopédicos (en el valor que exceda al costo de zapatos comunes)
- Sillas de ruedas, muletas y pelucas por pérdida de cabello debido a tratamientos médicos
- Equipo de oxígeno y oxígeno
- Costo de equipar un automóvil para discapacitados (en el valor que exceda al costo de un automóvil común)
- Prótesis e insumos ortopédicos
- Insumos para colostomía
- Gastos de capital: los montos entre el costo de mejoras o equipo especial instalado y el aumento en el valor de la casa
- Cuidado psiquiátrico - puede incluir el costo de mantener dependientes con enfermedad mental en un centro especialmente equipado donde reciben atención médica
- Terapia de masajes

## Varios (requiere de un escrito de una directiva de la licencia profesional)

- Vitaminas y suplementos dietarios. Sólo pueden comprarse de a seis por vez.

\* Si se utiliza para diagnóstico, cura, alivio, tratamiento o prevención de enfermedad o con el propósito de afectar cualquier estructura o función del cuerpo

## GASTOS NO ELEGIBLES (Asistencia médica)

- Membresía en un club deportivo o gimnasio
- Procedimientos y/o cirugías estéticas
- Ayuda en el hogar
- Cualquier tratamiento ilegal
- Pago adelantado de servicios
- Danza o ballet, incluso cuando es recomendado por un médico
- Costo de clases de recuperación de lectura para niños no discapacitados
- Primas de seguro de cualquier tipo
- Programas de pérdida de peso para el bienestar general
- Blanqueamiento dental
- Asesoramiento matrimonial
- Artículos de tocador y otros (tales como dentífrico, crema de afeitar, desodorante, champú y maquillaje)
- Cepillo de dientes eléctrico
- Pantalla solar (Factor de protección menor de 30)
- Repelente de insectos

## GASTOS ELEGIBLES DE LA CUENTA DE GASTOS PARA LA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES

(Consulte el Documento de Resumen del Plan para ver los detalles o las limitaciones).

- Cuidado antes y después de la escuela
- Preescolares
- Guarderías (las instalaciones que cuidan 6 niños o más deben tener licencia)
- Campamentos diurnos (incluso durante el verano y los feriados)
- Servicios suministrados por alguien que no sea su hijo menor, un dependiente a efectos del impuesto sobre la renta o el padre del niño
- Cargos por inscripción y solicitud
- Au pair o niñera
- Transporte: hacia o desde el lugar donde se cuida al dependiente, si lo proporciona el proveedor de cuidado diurno
- Centro pediátrico
- Aportes para la seguridad social (FICA) y contribuciones para el desempleo (FUTA) del proveedor de cuidado diurno

## GASTOS NO ELEGIBLES (Cuidado del dependiente)

- Matrícula de jardín de infantes
- Campamentos
- Pago adelantado de servicios
- Pagos fuera de término
- Gastos accesorios como alimentos, cargos por actividades, por insumos, por equipamiento, uniformes (cuando no estén incluidos en el cuidado)

La siguiente lista no es garantía de reintegro o elegibilidad. Todos los reclamos se revisan al momento de recibirlos y la determinación de elegibilidad o reintegro se realiza sobre la base de la información recibida del participante del plan.