

## ARREGLO DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA) FORMULARIO DE REEMBOLSO

Para enviar reclamos escaneados o para obtener formularios adicionales, visite: [www.askallegiance.com](http://www.askallegiance.com)

Escriba legiblemente en letra de molde en tinta negra o azul.

Nombre del empleador: _____	N° total de páginas sometidas: _____
Nombre del empleado: _____	Atención: _____
ID del empleado: _____	Comentarios: _____
(Número de seguro social o si asignado, ID alternativo)	

Los reclamos por fax y por correo pueden tardar más en procesarse que los reclamos electrónicos y no aparecerán en su cuenta hasta que se reembolsen. Para un proceso rápido y fácil, por favor entre en línea para enviar su reclamo. Si no ha recibido el reembolso dentro de dos semanas, por favor, póngase en contacto con un representante de Allegiance al 877-424-3570.

Si desea que los pagos futuros sean depositados directamente en su cuenta bancaria, incluya un cheque anulado con este formulario o inscribese en el sitio web de Allegiance.

<u>Servicio</u>	<u>Fecha de servicio</u>	<u>Cantidad del gasto</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**Su reclamo será revisado para elegibilidad de HRA (acuerdo de reembolso de salud) primero, y después será considerado para elegibilidad de Flex (cuenta de gastos flexibles).**

No envíe este reclamo a mi cuenta de gastos flexibles (FSA) después de procesarse en el HRA.

**Debe someter documentación de tercera persona de sus gastos con este formulario. Si la documentación no está adjunta, su reclamo será demorado.**

Por este medio certifico que los gastos reclamados se incurrieron para diagnosticar, curar, tratar, mitigar y/o evitar una enfermedad y sólo me cubren a mí mismo, mis dependientes calificados y/o mi cónyuge. Dichos gastos no han sido reembolsados anteriormente bajo ningún plan y no procuraré el reembolso bajo ningún otro plan de seguro médico. Entiendo que los artículos adquiridos exclusivamente para promover la salud en general no son reembolsables. Asimismo, entiendo que los gastos reembolsados a través de mi FSA de atención médica no pueden reclamarse en mi declaración de impuestos individual.

Firma (requerida): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque aquí si su dirección ha cambiado. Dirección nueva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*\*\*Si su dirección ha cambiado, por favor informe a su empleador.*