



CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) DE ATENCIÓN MÉDICA SOLICITUD DE REEMBOLSO

Para enviar reclamos escaneados o para obtener formularios adicionales, visite: www.askallegiance.com

Escriba legiblemente en letra de molde en tinta negra o azul. No incluya gastos de atención médica en este formulario.

Nombre del empleador: _____	Nº 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 aparecerá en su cuenta hasta que se reembolen. 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 inscribise en el sitio web de Allegiance.

VEA AL DORSO LAS INSTRUCCIONES PARA SOMETER RECLAMOS. Enumere los servicios y gastos médicos, dentales o de la visión elegibles para usted y su familia. Sólo enumere el importe del gasto que tiene que pagar **después del seguro** pague su parte. Las primas de seguro no son elegibles.

<u>TIPO DE GASTO</u>	<u>FECHAS DE SERVICIO</u>	<u>IMPORTE SOLICITADO</u>
Solicitud de reembolso de atención médica***	Desde _____ Hasta _____	\$ _____
Solicitud de reembolso de recetas	Desde _____ Hasta _____	\$ _____
Solicitud de reembolso de la visión	Desde _____ Hasta _____	\$ _____
Solicitud de reembolso dental	Desde _____ Hasta _____	\$ _____
Solicitud de reembolso ortodóntico	Desde _____ Hasta _____	\$ _____
(Contrato ortodóntico disponible en el sitio web.)	<u>REEMBOLSO TOTAL SOLICITADO</u>	\$ _____

Incluya documentación independiente de tercera persona de sus gastos con este formulario. Si algunos de estos gastos estuvieron cubiertos por el seguro, anexe una copia de la explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros. Para gastos no elegibles para presentación al seguro, envíe una copia de una factura o recibo que identifica el servicio, la fecha del servicio y los cargos totales. Si no se anexa la documentación requerida, es posible que su reembolso se demore.

Por este medio certifico que los gastos reclamados se incurrieron para diagnosticar, curar, tratar, mitigar y/o evitar una enfermedad y sólo 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. _____

***** Los medicamentos y medicinas de venta libre no son reembolsables salvo que sean recetados por un facultativo médico para el tratamiento de una afección médica.**

CÓMO SOMETER UN RECLAMO

Lea estos recordatorios importantes para un reembolso rápido y eficiente:

- Cerciórese de llenar su formulario completamente (empleador, N° de ID, su nombre). La documentación debe incluir fechas de servicio, descripción de los servicios y cargos por los servicios recibidos.
- Combine todas las solicitudes de reembolso similares. Por ejemplo, si está sometiendo varios recibos de medicamentos de receta para reembolso, entre la gama de fechas sobre las cuales se efectuaron las compras y el total de todos los recibos en la línea de recetas:

Solicitud de reembolso de recetas: Desde 7/1/17 Hasta: 7/31/17 \$145.78

- Las fechas de servicio deben quedar dentro del año del plan para que los gastos sean elegibles. Si su empleo termina durante el año del plan, las fechas de servicio deben quedar dentro del año del plan y ser mientras usted era un participante activo del plan (es decir, elegible y haciendo aportaciones).
- Si el servicio es elegible para seguro, debe incluirse con el formulario una explicación de beneficios, salvo que la factura del proveedor indique el aporte pagado por el seguro, o el recibo claramente corresponde a un importe de copago. **Las facturas de proveedores que estiman el pago de seguro no serán reembolsadas.**
- Si el reembolso solicitado no es elegible para someterse al seguro, una factura o recibo que indica la fecha, servicio y cargos constituye documentación adecuada del gasto siempre y cuando que no haya referencia a cobertura de seguro en la factura o recibo.

Los reclamos elegibles recibidos deben sumar por lo menos \$5.00 antes de que se envíe un cheque o un depósito electrónico iniciado por Allegiance.

¡Ahorre tiempo! El depósito directo es una manera conveniente y fácil de recibir su reembolso – ¡visite www.askallegiance.com e inscribese hoy mismo!