

Solicitud de reembolso de la Cuenta de gastos flexible (FSA) de atención médica

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

Escriba de forma legible en tinta negra o azul.

Nombre del empleador:	Cantidad total de páginas presentadas:
Nombre del empleado:	Asunto:
Identificación del participante: (Número del Seguro Social o, si se le ha asignado, identificación de Allegiance)	Comentarios:

Los reclamos enviados por fax o por correo pueden tardar más en procesarse que los reclamos electrónicos y no aparecerán en su cuenta hasta que se realice el reembolso. Para que el procesamiento sea rápido y sencillo, inicie sesión en línea para presentar su reclamo. Si no ha recibido el reembolso en el plazo de dos semanas, comuníquese con un representante de Allegiance llamando al 877-424-3570.

Regístrese para recibir el depósito directo en línea y así obtener el reembolso de manera más rápida.

CONSULTE EL REVERSO PARA VER LAS INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.

Indique los servicios y gastos médicos, dentales o de la vista suyos y de su familia que debe pagar después de que el seguro pague su parte. Las primas del seguro no son elegibles.

Tipos de gastos	Fechas del servicio		Monto solicitado
Reembolso de gastos médicos solicitado	Del	Al	\$
Reembolso de recetas solicitado	Del	Al	\$
Reembolso de gastos de la vista solicitado	Del	Al	\$
Reembolso de gastos dentales solicitado	Del	Al	\$
Reembolso de gastos de ortodoncia solicitado (El contrato de ortodoncia está disponible en el sitio web).	Del	Al	\$
Reembolso total solicitado:			\$

Adjunte a este formulario de reclamo la documentación independiente de terceros de sus gastos. Si alguno de estos gastos estaba cubierto por el seguro, adjunte una copia de la Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros. En el caso de los gastos que no se pueden presentar al seguro, envíe una copia de una factura en la que se identifique el servicio, la fecha del servicio y los cargos totales. Si no adjunta la documentación requerida, el reembolso podría retrasarse.

Certifico que los gastos del reclamo se efectuaron para diagnosticar, curar, tratar, mitigar o prevenir una enfermedad y únicamente nos cubren a mí, a mis dependientes que califican y/o a mi cónyuge. Estos gastos no se han reembolsado anteriormente en virtud de ningún plan, y no solicitaré el reembolso a ningún otro plan de atención médica. Entiendo que los artículos adquiridos simplemente para promover la salud general no son reembolsables. Además, entiendo que no puedo reclamar los gastos reembolsados a través de mi Cuenta de gastos flexible (FSA) de atención médica en mi declaración de impuestos individual.

Firma:

Fecha:

Marque esta casilla si su dirección ha cambiado.

Nueva dirección:

** Informe a su proveedor si su dirección ha cambiado.

Solicitud de reembolso de la Cuenta de gastos flexible (FSA) de atención médica

Presentación de un reclamo

Lea estos recordatorios importantes para obtener un reembolso rápido y eficaz:

- Asegúrese de rellenar el formulario por completo (empleador, n.º de identificación, su nombre). En la documentación se deben incluir las fechas de los servicios, la descripción de los servicios y los cargos por los servicios recibidos.
- Combine todas las solicitudes de reembolso similares. Por ejemplo, si presenta varios recibos de recetas para su reembolso, escriba el intervalo de fechas en que se realizaron los consumos y el total de todos los recibos en la línea de recetas:

Solicitud de reembolso de recetas Del: 1/1/25 Al: 1/31/25 \$145.78
- Las fechas de los servicios deben estar comprendidas en el año del plan para que se consideren gastos elegibles. Si su empleo finaliza durante el año del plan, las fechas de los servicios deben estar comprendidas en el año del plan y en el período en que usted era un participante activo del plan (es decir, elegible y haciendo contribuciones).
- Si el servicio es elegible para el seguro, una explicación de beneficios debe acompañar el formulario de reclamo, a menos que la factura del proveedor muestre el importe que el seguro ha pagado o que el recibo sea claramente un monto de copago. No se reembolsarán las facturas de los proveedores que estimen el pago del seguro.
- Si el reembolso solicitado no se puede presentar al seguro para que este lo considere, una factura o un recibo en el que figure la fecha, el servicio y los cargos constituye una documentación adecuada del gasto, siempre que no se haga referencia a la cobertura del seguro en la factura o el recibo.

Los reclamos elegibles recibidos deben sumar al menos \$5.00 para que se envíe un cheque.

Los pagos electrónicos no tienen un reembolso mínimo.



¡Ahorre tiempo!

El depósito directo es una forma práctica y sencilla de recibir su reembolso flexible. Consulte www.askallegiance.com y regístrese hoy mismo.