



► Puede enviar estos datos a través del portal [myameriflex](http://myameriflex.com).

Formulario de Reclamación de Cuenta de Gastos

INSTRUCCIONES: Lea con mucha atención y asegúrese de completar la reclamación en su totalidad para garantizar que no haya demoras en el procesamiento. No utilice un resaltador sobre el formulario de reclamación, los recibos o cualquier documento incluido como material de apoyo ya que puede producir una demora en el procesamiento de su reclamación.

- 1) Complete todas las secciones correspondientes y coloque su firma y la fecha. Los servicios deben haber sido prestados para poder recibir el reembolso.
- 2) Adjunte toda la documentación necesaria.
- 3) Envíe por correo, fax o correo electrónico, el formulario de reclamación completo (con su firma escaneada, si fuese necesario) a Ameriflex.
- 4) Espere de 2 a 3 semanas para que le enviemos un cheque impreso o de 7 a 10 días para recibir un depósito directo desde la fecha del procesamiento.

Gastos de MFSA/HRA/HSA - Los formularios aceptables de documentación incluyen:

- 1) Explicación de Beneficios (EOB): Su compañía aseguradora le envía una EOB cada vez que presenta una reclamación. La EOB indica su obligación personal a través de un coseguro o deducible.
- 2) Recibos: Debe incluir nombre de la persona tratada, fecha del gasto incurrido, tipo de servicio, nombre del proveedor y monto del gasto. (El IRS no permite recibos de tarjeta de crédito). Si participa tanto en una MFSA como en una HRA, los fondos se deducirán de cada cuenta sobre la base del diseño del plan de su empleador. Si es responsable de todo o una parte del deducible del seguro antes de que pueda disponer de los fondos de la HRA del empleador, debe enviar un Formulario de Activación de HRA con una EOB a Ameriflex una vez que se cubra su parte como prueba del estado del deducible. Una vez aprobado, se activará la HRA financiada por el empleador.

Gastos de Ortodoncia:

Su plan puede reembolsar gastos anticipados de ortodoncia a través de un plan de pago. Comuníquese con su empleador para saber si se aplican estos gastos de ortodoncia "por adelantado". Los gastos de ortodoncia requieren que los siguientes materiales se envíen junto con la reclamación inicial: (1) prueba del pago (por ej., una factura del proveedor que indica la recepción del pago o un recibo de la tarjeta de crédito) y (2) una copia del contrato de ortodoncia, el cual incluye monto, anticipo, cuotas mensuales y duración estimada del tratamiento.

Gastos para el Cuidado Diurno de Dependientes (se reembolsan únicamente después de haberse proporcionado el servicio)— Los formularios aceptables de documentación incluyen:

Recibos que incluyan el nombre de la persona a quien se le proporcionó el servicio, la fecha del gasto incurrido, el tipo de servicio, el nombre del proveedor, el monto del gasto y el número de identificación tributaria/Número de Seguro Social del proveedor. Si utiliza un proveedor privado (por ejemplo, una niñera), el recibo también debe incluir su nombre completo, firma, dirección y Número de Seguro Social (el IRS no permite recibos o extractos de tarjeta de crédito como prueba elegible del gasto). Si tiene gastos recurrentes para el cuidado diurno de dependientes, puede obtener un reembolso recurrente sin tener que presentar una reclamación después de cada prestación del servicio. Para establecer una reclamación recurrente, debe proporcionar las fechas aproximadas en que se brindarán los servicios y una notificación/declaración de su proveedor que describa el plan de gastos para todo el período de la reclamación recurrente. Su primer gasto debe ser sustanciado una vez que se haya proporcionado el servicio antes de poder preparar una reclamación recurrente.

Gastos de Transporte y Traslado Suburbano:

El IRS no permite el reembolso de gastos que hayan sido presentados más de 180 días después de haberse incurrido en el gasto.

Para evitar demoras en los reembolsos, firme y feche este formulario de reclamación y notifique cualquier cambio de nombre o dirección a Ameriflex.

Autorizo a que retiren de mi cuenta el monto requerido. A mi leal saber y entender, las declaraciones de este formulario son completas y verdaderas. Reclamo el reembolso únicamente de los gastos elegibles incurridos por los participantes del plan elegible durante el año del plan vigente. Certifico que estos gastos no han sido previamente reembolsados por este u otro plan de beneficios ni serán reembolsados por otra fuente, ni tampoco serán reclamados como una deducción de impuestos sobre los ingresos. También comprendo que me pueden solicitar más información (por ejemplo, una carta del médico tratante que indique la necesidad médica y que certifique que el gasto es para tratar o curar una enfermedad, o una certificación más detallada de mi parte). Comprendo que si mi reclamación es por gastos incurridos durante un Período de Gracia: (1) los gastos se reembolsarán primero con los montos disponibles que sobren al finalizar el Año del Plan anterior y luego durante el Año del Plan Actual; (2) las reclamaciones se pagan en el orden en que fueron aprobadas y (3) una vez pagada, no volverá a procesarse ni recalificarse una reclamación como para cambiar el Año del Plan del cual se utilizan los fondos para pagarla.



Teléfono Gratuito: 888.868.FLEX (3539) myameriflex.com



Puede enviar estos datos a través del portal [myameriflex](http://myameriflex.com).

Formulario de Reclamación de Cuenta de Gastos

Empleador: _____

Empleado: _____ N.º de Seguro Social: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Reclamaciones de Gastos Médicos (MFSA, HRA financiado por el empleador)

Tipo de cuenta MFSA	HRA	Fecha del gasto incurrido	Nombre de la persona que recibe el servicio médico	Nombre del proveedor (médico, hospital, dentista, farmacia, etc)	Servicio proporcionado (copago, deducible, dental, visión, radiografía, venta sin receta, etc.)	Monto solicitado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Reclamaciones por Cuidado Diurno de Dependientes

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente	Fecha del servicio Desde	Hasta	Nombre del proveedor	Número de Tidentificación tributaria del proveedor	Tipo de servicio (cuidado diurno, jardín maternal, campamento diurno, etc)	Monto solicitado
Firma o sello del proveedor (si no dispone de un recibo)							

Reclamaciones de Gastos de Transporte y Traslado Suburbano

Tipo de Gasto: Otro	Fecha(s) del servicio Desde	Hasta	Nombre del proveedor (nombre del proveedor de transporte o estacionamiento)	Descripción del gasto (transporte público, tren, transporte en vehículo compartido, estacionamiento, autobús, transporte suburbano, etc.)	Monto solicitado
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Mediante la firma de este documento estoy de acuerdo con los términos y condiciones que se especifican en las instrucciones que se proporcionan en la página uno.

Firma del empleado:

Fecha:

Por favor envíe un mensaje por correo electrónico, fax o correo electrónico a:

Envíe la reclamación por correo electrónica a:
claims@myameriflex.com

Envíe la reclamación por fax a:
888.631.1038
Dirigido a:
Departamento de Reclamaciones

Envíe la reclamación por correo a:
Departamento de Reclamaciones de Ameriflex
P.O. Box 269009
Plano, TX 75026

Por favor no envíe los documentos originales.
Si se ha dañado o perdido durante el procesamiento,
no pueden ser reemplazados.



SACF_AF_2015v.1

Teléfono Gratuito: 888.868.FLEX (3539) myameriflex.com