



Solicitud de Prueba de Transacción

Empleador: _____

Nombre del empleado: _____ **Teléfono:** _____

Dirección del empleado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Número de Seguro Social del empleado: _____

Seleccione la casilla si la información antes mencionada presenta un cambio de dirección:

Fecha del gasto: _____

Tipo de gasto: Receta Copago Visión Dental Otros _____

¿Adjunta una prueba del gasto? Sí No (consulte la declaración a continuación)

¿Es un gasto recurrente? Sí No (Si la respuesta es afirmativa, no necesita justificar este gasto mientras continúa)

Si no puede proporcionar un recibo o si el gasto no es elegible, adjunte un cheque o giro postal a nombre de Ameriflex para reintegrar el dinero en su cuenta. No proporcionar la documentación adecuada para los gastos elegibles o reintegrar el dinero adeudado a su plan por un gasto no elegible podría derivar en la cancelación de su tarjeta Ameriflex Convenience Card® y de su plan.

“A mi leal saber y entender, las declaraciones arriba mencionadas están completas y son verdaderas. Certifico todo lo siguiente: Los servicios descritos anteriormente han sido brindados a mi persona o a mi dependiente elegible en las fechas indicadas; los gastos califican como gastos Médicos válidos en virtud de mi plan; si el gasto es para mi cónyuge/dependiente, esa persona es mi cónyuge o dependiente según lo define mi plan; no he recibido y no recibiré un reembolso por parte de ninguna otra fuente por este gasto.”

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.*



SP_SR_AF_2015v.1

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