



**FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS PARA LA
CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES DE SALUD (HEALTHCARE FSA)/
ACUERDO DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SALUD (HRA)**

Nombre del Empleado (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)	N° del Seguro Social
Dirección de correo ☐ Marque el casillero si esta dirección es nueva; en ese caso, ¿tiene otros productos de AF? No	Dirección de correo electrónico
Nombre del Empleador	N° de teléfono de contacto durante el día

Fecha del gasto	Nombre de la persona para quien se hizo el gasto	Para un gasto de HRA, si esta persona está o estuvo inscrita en Medicare, Ud. debe proporcionar el N° de Reclamo de Medicare (HICN)* de esta persona	Monto del gasto médico
*El Art. 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 (MMSEA) (P.L. 110-173) le exige a American Fidelity comunicar determinados datos de HRA a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.		Gasto total: (debe completarse)	\$0,00

GUÍA SOBRE LOS GASTOS: Toda la documentación adjunta debe contener una explicación detallada de la fecha, tipo y monto de cada servicio prestado. Algunos Planes de HRA del Empleador exigen que se presente una **EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS (EOB, por su sigla en inglés)** con cada solicitud de reembolso. Verifique los detalles de su plan con su Empleador.

Documentación aceptable para acompañar el comprobante de reembolso: ✓ Factura o recibo profesional que incluya: * Proveedor del servicio * Tipo de servicio prestado * Cargos del servicio * Fecha original del servicio NOTA: la fecha del servicio, no la fecha del pago, debe estar comprendida dentro de las fechas del año del plan en el cual está inscripto. ✓ Explicación de los Beneficios de la Aseguradora. ✓ Constancia de la farmacia que incluya número de Rx y nombre de la receta. ✓ Medicamentos de venta libre: se requiere la receta y el recibo del profesional médico.	Documentación inaceptable: ✓ Recibos de tarjetas de crédito o cheques cancelados. ✓ Factura o recibo que muestre solamente un saldo anterior o pago adeudado.
---	--

Autorizo que se reembolsen los gastos indicados más arriba del saldo de mi cuenta. Según mi leal saber y entender, lo consignado por mí en este formulario es información verdadera y completa. Certifico que yo, mi cónyuge, mi dependiente impositivo o mi hijo adulto que tendrá menos de 27 años al final del año calendario he/ha recibido los servicios descriptos arriba en las fechas que se indican y que los gastos califican como "gastos de atención médica" válidos, según lo establece el Artículo 213(d) del Código de Impuestos Internos. Certifico que estos gastos no fueron reembolsados conforme a este u otro plan de salud y que no procuraré su reembolso conforme a ningún otro plan de salud. Entiendo que los gastos que me reembolsan no podrán usarse para reclamar una deducción o crédito del impuesto federal sobre la renta. Además, acepto que se me solicite la presentación de más documentación o más detalles referidos a un gasto.

Firma del empleado

Fecha de la firma

Dirección de correo: American Fidelity Assurance Company, Flex Account Administration
P.O. Box 161968 Altamonte Springs, FL 32716 **TELÉFONO:** 1-800-662-1113
FAX: 844-319-3668

American Fidelity no se hace responsable de los faxes no recibidos. El tiempo promedio de procesamiento de Healthcare FSA es de 5 a 7 días hábiles desde la recepción del formulario completo; el tiempo promedio de procesamiento de HRA puede variar dependiendo del diseño del plan.

LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS PUEDEN DEMORAR EL PROCESAMIENTO O DAR LUGAR A LA DENEGACIÓN DEL RECLAMO

GUARDE UNA COPIA DE TODOS LOS RECLAMOS PRESENTADOS PARA SU ARCHIVO