

Para enviar reclamos escaneados o para obtener otros formularios, visite: [www.askallegiance.com](http://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: <i>(Número del Seguro Social o, si se le ha asignado, identificación de Allegiance)</i>	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.**

Servicio	Fecha del servicio	Monto del gasto
_____		\$
_____		\$
_____		\$

**Debe presentar documentación independiente de terceros de sus gastos junto con este formulario de reclamo. Si no adjunta la documentación requerida, el reembolso se retrasará.**

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 en mi declaración de impuestos individual al final de año.

Firma (obligatoria):

Fecha:

Marque esta casilla si su dirección ha cambiado.

Nueva dirección:

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