



FORMULARIO DE RECLAMO DE LA CUENTA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

- Indique si incluye información para un reclamo previamente denegado (Resubmission)
- Si usted tiene una nueva dirección de correo electrónico (New Email)
- Si usted tiene un nuevo domicilio (New Address)

Utilice este formulario para los gastos elegibles incurridos por usted o sus dependientes elegibles.

N.º de páginas ____ (# of pages)

NOMBRE Y DOMICILIO DEL TITULAR DE LA CUENTA (Escriba en letra imprenta)			N.º DE CUENTA FURTHER				
Apellido (Last Name)	Primer Nombre (First Name)	Inicial del Segundo Nombre (M.I.)	S	A			
Domicilio (Address)			N.º DE SEGURO SOCIAL (si no se sabe el N.º de identificación de Further):				
Ciudad (City) Estado (State) Código Postal (Zip Code)			NÚMERO DE TELÉFONO:				
Correo Electrónico (Email Address) Nombre del Empleador (Name of Employer)							

SECCIÓN B – Detalle del Reclamo (Escriba en letra imprenta)

Favor de completar todos los campos en esta sección. Si faltara información, se podría demorar o denegar su reclamo. Se debe adjuntar la documentación de respaldo. Véase el dorso de este formulario para más información de como presentar un reclamo.

Fecha(s) del Servicio (Date(s) of Service)	Nombre de la Persona que Recibe el Servicio (Person Receiving Service)	Nombre del Proveedor del Servicio (Provider)	Tipo de Servicio / Insumo Proporcionado (Type of Service)	Reembolso Solicitado (Reimbursement Requested)
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
			Total	\$

SECCIÓN C – Firma del Titular de la Cuenta

Certifico que yo o mis dependientes elegibles incurrimos los gastos detallados anteriormente y que estos califican como gastos médicos válidos según mi Resumen Descriptivo del Plan. Dichos gastos no fueron reembolsados y no solicitaré reembolso bajo mi plan médico ni de ningún otro plan médico, por ejemplo, mediante una póliza individual, o el plan médico de mi cónyuge o de mi dependiente, ni de una cuenta de gastos flexibles. Comprendo que el gasto que se me reembolsa no se puede utilizar para reclamar ninguna deducción o crédito del impuesto federal sobre la renta. Comprendo que es posible que se me solicite proporcionar más detalles acerca de algunos gastos (p. ej., la declaración de un médico de que el gasto es para tratar una condición médica específica o una certificación mía más detallada).

_____ Firma del titular de la cuenta (Signature)	_____ Fecha (Mes / Día / Año) (Signature)
---	--

Tiene preguntas adicionales? Llame a servicio al cliente 1-800-859-2144. (Oprima 9 para español)

Presente su reclamo electrónicamente: Acceda su cuenta en hellofurther.com	Envíe por correo electrónico seguro: further.documents@hellofurther.com	Fax a: 866-231-0214
		Correo a: PO Box 982814 El Paso, TX 79998-2814

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Para recibir un reembolso por gastos médicos, dentales, medicamentos recetados, gastos de salud conductual y gastos ópticos elegibles que no se encuentran cubiertos por ningún otro plan, siga los pasos a continuación. Si el gasto es reembolsable por el seguro médico, primero debe presentar el gasto a la compañía de seguros.

1. Acceda su cuenta en hellofurther.com, seleccione "submit a claim" (presentar un reclamo) y complete los campos a continuación.
2. **Proporcione documentación de respaldo** para cada gasto mencionado en la Sección B del formulario de reclamo. El Servicio de Impuestos Internos (IRS) exige esta documentación. Puede ser una Explicación de Beneficios (EOB), un recibo detallado o una factura del proveedor. La EOB de su seguro médico es la mejor fuente de documentación para reclamos; no obstante, es posible que le soliciten un recibo detallado para reconsiderar los reclamos denegados. El IRS no acepta cheques cancelados como documentación.

La documentación de respaldo debe incluir:

- Fecha del servicio o de la compra
- Nombre de la persona que recibe el servicio
- Nombre del proveedor del servicio
- Tipo de servicio o insumo proporcionado
- Monto cobrado por cada servicio/insumo o monto no reembolsado por el seguro.
- La Explicación de Beneficios de su cobertura correspondiente, si procede.

Si la tarifa de su cuenta de reembolso de salud (HRA) estipula un reembolso de menos del 100%, no calcule el monto en dólares. El porcentaje de reembolso se calculará y deducirá automáticamente de su cuenta sobre la base del monto en dólares que usted ingrese en el campo de reembolso solicitado.

3. Si usted no tiene acceso al internet, favor de enviar su reclamo a Further por fax o correo.
 - Para enviar por fax el formulario de reclamo y la documentación de respaldo:
 - a) Complete y firme el formulario de reclamo utilizando un bolígrafo con tinta oscura.
 - b) Asegúrese que la documentación de respaldo este en papel blanco.
 - c) Evie por fax al: 1-866-231-0214
 - Para enviar por correo el formulario de reclamo y la documentación de respaldo:
 - a) Complete y firme el formulario de reclamo utilizando un bolígrafo con tinta oscura
 - a) Incluya copias de la documentación. No envíe las copias originales por correo. Pegue los recibos pequeños en una hoja blanca de 8.5" x 11"
 - a) Envíe por correo a: Further, PO Box 982814, El Paso, TX 79998-2814
- Nota adicional:** No resalte artículos en el formulario de reclamo ni en la documentación de respaldo, ya que interfiere con el proceso de los reclamos. Puede utilizar un bolígrafo con tinta oscura donde lo necesite.
4. Guarde una copia del formulario de reclamo y documentación para sus archivos personales o puede subir la información electrónicamente en la caja fuerte virtual en hellofurther.com.
 5. Para acelerar el reembolso de sus reclamos, inscribese en depósito directo al acceder su cuenta en hellofurther.com.

INFORMACIÓN DE APELACIÓN

La Explicación de Procesamiento describe cómo se procesó su reclamo según la información que se nos presentó. Usted o su representante designado puede apelar un reclamo denegado (por completo o parcial) o una reducción de su reclamo si siguen nuestros procedimientos de apelación. Usted puede comunicarse con atención al cliente al 1-800-859-2144 para pedir que le expliquen cuáles son sus derechos de apelación. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión acerca de su reclamo, tiene derecho de presentar por escrito una solicitud de apelación a Further, PO Box 982814, El Paso, TX 79998-2814. Podemos enviarle un formulario para que usted presente la apelación o puede obtener una copia del formulario de apelación en hellofurther.com. Tiene tiempo hasta la fecha de vencimiento de su plan o hasta 180 días a partir de la fecha de ésta notificación para presentar una apelación. Si ha terminado su empleo durante el año o si no está seguro de la fecha de vencimiento de su plan, comuníquese con el representante de su empleador o con nuestro departamento de atención al cliente. Usted también puede presentar documentos, registros u otra información que se relacione con su reclamo de beneficios. Cuando recibamos su solicitud, le brindaremos una revisión completa y justa de su apelación y le comunicaremos nuestra decisión en la Explicación de Procesamiento por escrito dentro de 30 días.

Si usted es miembro de un plan grupal sujeto a la Declaración de Derechos de la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Trabajadores (ERISA), cuando haya finalizado el proceso de apelación tendrá derecho a presentar una demanda en un tribunal federal según el artículo 502(a) de ERISA.