



FORMULARIO DE ELECCIÓN DE TRASPASO DE RECLAMOS

El traspaso de reclamos es una opción para facilitar el reembolso de sus gastos de salud. Con el traspaso de reclamos, sus gastos médicos y medicamentos recetados en efectivo se enviarán electrónicamente del plan de salud a Further y se reembolsarán automáticamente de su cuenta de gastos.

- En ciertas circunstancias, **NO** se debe seleccionar el traspaso de reclamos. Según las pautas del Servicio de Impuestos Internos (IRS), no se puede reembolsar los gastos médicos para estas situaciones:
 - **Cuentas FSA:** si tiene una pareja doméstica que esté cubierto por su plan médico, que no sea un dependiente en su declaración de impuestos.
 - **Cuentas HSA:** si tiene una pareja doméstica o un dependiente que esté cubierto por su plan médico, que no sea un dependiente en su declaración de impuestos.
- Si su cuenta es patrocinada por un empleador, el traspaso de reclamos médicos solo está disponible si el empleador ofrece la opción a los participantes.
- Si su empleador elige el traspaso de reclamos automático, usted será inscrito automáticamente. Si usted elige no participar o no califica para el traspaso de reclamos, indíquelo en este formulario a continuación. Verifique el material del plan atentamente o hable con el departamento de recursos humanos de su empleador.
- Si usted o alguno de los dependientes cubiertos por su plan médico tiene cobertura adicional (privado o Medicare), el traspaso de reclamos no es una opción. Ambas compañías de seguro deben procesar los reclamos primero para determinar la responsabilidad del paciente, antes de reembolsarlos de su cuenta.
- Si solicita una tarjeta de débito, el traspaso de reclamos no estará disponible.
- Si su reclamo se ajusta después de que se haya procesado de su cuenta por medio del traspaso de reclamos, es posible que reciba un sobre pago. Si esto ocurre, usted será responsable de devolver el dinero en exceso para acreditar su cuenta.

Información del participante

N.º de identificación del plan médico: _____ **N.º de Cuenta Further o SSN:** _____
(Health Plan ID#) (de su tarjeta de identificación del plan médico) (Spending Account ID or SSN)

Nombre del empleado: _____ **Nombre del empleador:** _____
(Employee name) (Employer name)

Para rechazar el traspaso de reclamos para gastos médicos

NO - Al firmar este formulario, indico que no deseo que me inscribire en la opción de traspaso de reclamos para mi(s) cuenta(s) de reembolso. (Decline crossover)

Para elegir el traspaso para gastos médicos

SÍ - Al firmar este formulario, indico que deseo inscribire en la opción de traspaso de reclamos para mi(s) cuenta(s) de reembolso. (Elect crossover)

Firma

Al firmar este formulario, certifico que dichos gastos no serán elegibles para el pago de beneficios por parte de ninguna otra compañía de seguros y que tampoco los enviaré manualmente a otra cuenta de reembolso de atención médica, incluida una cuenta de gastos flexibles. Si envío los reclamos manualmente a Further por gastos que se procesarán automáticamente, entiendo que Further puede quitar el traspaso de reclamos de mi cuenta.

Firma del titular: _____ **Fecha:** _____
(Account holder's signature) (Date)

Preguntas? Llame a servicio al cliente 1-800-859-2144 (oprime 9 para español)

Cambie su elección electrónicamente:
Acceda su cuenta en hellofurther.com

Envíe por correo electrónico seguro:
further.documents@hellofurther.com

Envíe por fax a:
866-231-0214

Por correo a:
P.O. Box 64193
St. Paul, MN 55164-0193