

**Opción pagar al proveedor
Para el reembolso de gastos de atención médica**

Al autorizar esta característica, Further, el administrador de su cuenta, reembolsará directamente a su proveedor por los gastos que se tengan en cuenta para alcanzar su deducible o coseguro de atención médica, como se indica en la Explicación de beneficios de su plan médico.

Esta opción está disponible solo si:

- Está inscrito en el traspaso para gastos médicos y los reclamos se reembolsan a través de la característica de traspaso ofrecida por Further.
- Su empleador elige ofrecer a sus empleados la opción pagar al proveedor.

Si su reclamo de atención médica se ajusta después de que se haya procesado el reclamo contra su cuenta de gastos, existe el riesgo de que reciba un pago excedente de su cuenta. Si esto ocurre, usted será responsable de comunicarse con el proveedor y de solicitar la restitución del pago excedente. El pago excedente debe enviarse a Further para acreditarlo a su cuenta.

Para rechazar el pago al proveedor

- NO — Al firmar este formulario, indico que no deseo que me inscriban en la característica pagar al proveedor para mi(s) cuenta(s) de gastos.**
(Tenga en cuenta que esto deshabilita la característica pagar al proveedor, pero no la característica de traspaso para gastos médicos).

Para elegir pagar al proveedor

- SÍ — Al firmar este formulario, indico que deseo inscribirme en la característica pagar al proveedor para mi(s) cuenta(s) de reembolso.**

Tenga en cuenta que: Una vez que haya autorizado esta opción, no es necesario que vuelva a autorizar en subsiguientes años del plan, salvo que elija no participar en la característica pagar al proveedor. Puede cambiar su elección en cualquier momento durante el año del plan enviando un formulario nuevo y eligiendo la opción "rechazar" a continuación.

Al firmar este formulario, certifico que dichos gastos no serán elegibles para el pago de beneficios por parte de ninguna otra empresa de seguros y que tampoco los enviaré manualmente a ésta u otras cuentas de reembolso de atención médica, incluida una cuenta de gastos flexibles. Si envió manualmente reclamos a Further, entiendo que Further no reembolsará al proveedor desde mi cuenta. También entiendo que Further no restituirá los pagos excedentes realizados al proveedor.

N.º de identificación del plan médico: _____ Identificación de Further o SSN: _____
(de su tarjeta de identificación del plan médico)

Nombre del empleado: _____ Firma del empleado: _____
(Escriba en letra imprenta)

Nombre del empleador: _____ Fecha: _____

Su solicitud entrará en vigencia dentro de los 10 días de recibida. Si los reclamos se procesan antes de la fecha de entrada en vigencia de la opción pagar al proveedor, los reembolsos se le otorgarán a usted, y usted será responsable de pagarle a su proveedor.

Devuelva el formulario completo a:

Further
P. O. Box 64193
St. Paul, MN 55164-0193
Fax 1-866-231-0214