



FORMULARIO DE RECLAMO DE LA CUENTA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Use este formulario para los gastos elegibles en los que haya incurrido usted o sus dependientes elegibles.

si incluye documentación de un reclamo denegado anteriormente

si es una nueva dirección de correo electrónico

si es una nueva dirección

Número de páginas _____

Sección A: información del titular de la cuenta (Escribir en letra de molde)

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. DE IDENTIFICACIÓN DE LA CUENTA DE GASTOS S A
DIRECCIÓN				No. DE SEGURO SOCIAL (si desconoce el No. de SA)
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL TITULAR DE LA CUENTA		NOMBRE DEL EMPLEADOR		

Sección B: detalle del reclamo (Escribir en letra de molde)

Se deben completar todos los campos en esta sección. Si falta información, se podría retrasar o denegar el procesamiento de su reclamo. Se debe adjuntar la documentación de respaldo. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones más detalladas sobre Cómo presentar un reclamo.

Fecha(s) de servicio	Nombre de la persona que recibe el servicio	Nombre del proveedor del servicio	Tipo de servicio/ suministro proporcionado	Reembolso solicitado
- - a - -				\$
- - a - -				\$
- - a - -				\$
- - a - -				\$
- - a - -				\$
- - a - -				\$
			TOTAL	\$

Sección C: firma del titular de la cuenta

Certifico que yo y/o mis dependientes elegibles incurrimos en los gastos indicados arriba y que califican como gastos médicos válidos según el Resumen de la Descripción del plan. Estos gastos no han sido reembolsados y no trataré de obtener un reembolso bajo mi plan médico ni ningún otro plan médico, como por ejemplo una póliza individual o el plan médico de mi cónyuge o de uno de mis dependientes, ni de un plan de una cuenta flexible de gastos. Entiendo que el gasto por el cual estoy recibiendo un reembolso no se puede usar para reclamar ningún crédito ni deducción del impuesto sobre la renta federal. También entiendo que es posible que me pidan que proporcione más detalles acerca de algunos gastos (por ejemplo, una declaración de un profesional médico que indique que los gastos son para tratar una condición médica específica o una certificación más detallada de mi parte).

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

FECHA

Ahorre tiempo: envíe este formulario en línea. ¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para afiliados al 1-800-859-2144.

Para presentarlo en línea:
Ingrese a su cuenta en
hellofurther.com

Enviar únicamente por correo
electrónico protegido:
further.documents@hellofurther.com

Enviar por fax a:
866-231-0214

Enviar por correo postal a:
P.O. Box 64193
St. Paul, MN 55164-0193

Cómo presentar un reclamo

Para recibir un reembolso por los gastos médicos, dentales, de medicamentos, de salud conductual y de la vista elegibles que no están cubiertos por ningún otro plan, siga los pasos a continuación. Si los gastos son reembolsables por el seguro médico, primero debe presentar el gasto a la compañía aseguradora.

1. **Inicie sesión en su cuenta en [hellofurther.com](https://www.hellofurther.com), elija **presentar reclamo** y **complete los campos que se le piden.****
2. **Proporcione documentación de respaldo** de sus gastos elegibles por cada rubro del reclamo. Esta documentación la exige el IRS y puede ser una Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB), un recibo detallado o una declaración del proveedor. **Los cheques cancelados no califican como documentación aceptable para el IRS.**

La documentación de respaldo debe incluir:

- Fecha del servicio o compra
 - Nombre de la persona que recibe el servicio
 - Nombre del proveedor del servicio
 - Tipo de servicio o suministro proporcionado
 - Monto que se cobró por cada servicio/suministro
 - Explicación de los beneficios de todas las compañías aseguradoras, si aplica
 - Si su tarifa del Plan de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA) le reembolsa menos del 100%, no calcule el monto en dólares. El porcentaje del reembolso se calculará automáticamente y se deducirá de su cuenta en base al monto en dólares que ingrese en el campo de reembolso solicitado.
3. **Si no puede presentarlo en línea, envíe su formulario de reclamo por fax o por correo postal junto con la documentación de respaldo a Further.**
 - Para enviar su formulario de reclamo por **fax**, así como la documentación de respaldo:
 - a) complete y firme el formulario de reclamo usando un bolígrafo de color oscuro.
 - b) asegúrese de que su documentación de respaldo esté en papel blanco
 - c) envíelo por fax a: 1-866-231-0214
 - Para enviar su formulario de reclamo por **correo postal**, así como la documentación de respaldo:
 - a) complete y firme el formulario de reclamo usando un bolígrafo de color oscuro.
 - b) incluya copias de la documentación. No envíe los originales por correo.
 - c) envíelo por correo postal a: Further, PO Box 64193, St. Paul, MN 55164-0193

Nota: no resalte artículos en su formulario de reclamo ni en la documentación de respaldo, ya que esto interfiere con el procesamiento de los reclamos. En cambio, enciérrelos en un círculo con un bolígrafo de color oscuro según sea necesario.

4. **Guarde una copia** del formulario de reclamo y de la documentación de respaldo para sus registros o cárguela en **nuestro almacén de documentos que se encuentra en [hellofurther.com](https://www.hellofurther.com).**
5. **Para recibir su reembolso más rápidamente**, regístrese para recibir depósitos directos al iniciar sesión en su cuenta en **[hellofurther.com](https://www.hellofurther.com).**

Información sobre las apelaciones

La Explicación del informe de procesamiento explica cómo se procesó su reclamo en base a la información que se nos presentó. Usted o su representante designado puede apelar una denegación, denegación parcial o reducción de su reclamo al seguir nuestros procedimientos para apelaciones. Puede comunicarse con servicio al cliente al 1-800-859-2144 para recibir una explicación de sus derechos de apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión acerca de su reclamo, tiene derecho a presentar una solicitud por escrito para una revisión de la apelación a Further, P.O. Box 64193, St. Paul, MN 55164-0193. Podemos enviarle un formulario para que presente su apelación o puede obtener una copia del formulario de apelaciones en [hellofurther.com](https://www.hellofurther.com). Tiene hasta el último día de su fecha final de validez del plan o 180 días a partir de la fecha de este aviso para presentar una apelación. Si finalizó su empleo durante el año o si no está seguro cuál es la fecha final de validez de su plan, comuníquese con el representante de su grupo o comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente. También puede presentar cualquier documento, registro u otra información que se relacione con su reclamo para los beneficios. Al recibir su solicitud, haremos una revisión completa e imparcial de su apelación y le proporcionaremos un aviso por escrito de nuestra decisión, ya sea por medio de una carta o una explicación en la Explicación del informe de procesamiento, en un plazo de 30 días.

Si usted es un miembro de un plan colectivo que está sujeto a la Ley de seguridad de los ingresos de jubilación para los empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), una vez que haya agotado nuestro proceso de apelaciones, tiene derecho a entablar un juicio en el Tribunal federal conforme a la Sección 502(a) de ERISA.