

Información del titular de la cuenta (escriba en letra de molde)	No. de identificación de la cuenta de gastos																														
<p>Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____</p> <p>Dirección de correo electrónico _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <td colspan="10" style="text-align: center;">No. de Seguro Social (si desconoce el No. de SA)</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">Teléfono durante el día</td> </tr> </table>	S	A									No. de Seguro Social (si desconoce el No. de SA)										Teléfono durante el día									
S	A																														
No. de Seguro Social (si desconoce el No. de SA)																															
Teléfono durante el día																															
Detalles del reembolso devuelto																															
<p>Monto devuelto: \$ _____</p> <p>El pago original fue de:</p> <p><input type="checkbox"/> ACH o cheque de Further: Fecha de la ACH o cheque original: _____ Monto de la ACH o cheque original: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Compra con tarjeta de débito: Fecha de la compra: _____ Tarjeta de débito con la que se pagó la compra: <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> VEBA</p> <p>Se devolvió el pago el:</p> <p><input type="checkbox"/> Se está devolviendo el cheque de Further</p> <p><input type="checkbox"/> Se está devolviendo el cheque del proveedor: Nombre del proveedor: _____ No. de teléfono del proveedor: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No. de cheque personal _____</p> <p><input type="checkbox"/> Usar la cuenta bancaria existente en archivo en Further. Verificar el número de cuenta bancaria: _____</p> <p>Para agregar nueva información bancaria, inicie sesión en el Centro de servicio en línea para afiliados en hellofurther.com y obtenga acceso en la página "My Profile" (Mi perfil).</p>																															
Razón de la devolución del reembolso																															
<p><input type="checkbox"/> El plan médico ajustó la responsabilidad del paciente lo que causó un sobrepago de parte de Further. Fecha del servicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Se devolvió la compra con la tarjeta de débito</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Adjunte una copia de la Explicación del procesamiento recibida junto con el reembolso que se está devolviendo.</p>																															
Firma																															
<p>Según lo que entiendo, toda la información proporcionada anteriormente está completa y es exacta.</p> <p>_____</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> Titular de la cuenta Fecha </p>																															

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para afiliados al 1-800-859-2144.

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