

Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)

Formulario de Inscripción y Cambio



Por favor escriba con letra de imprenta (molde). * = campo requerido

Inscripción Cambio

1. Empleo

Empleador* _____ División/clase _____
 Fecha de contratación (requerida para inscripciones a mitad de año) _____
 Fecha de vigencia de la HRA* _____ Fecha de la primera contribución _____
 ID de miembro de PSA (en caso de que aplique) _____
 ID de empleado _____ Horas trabajadas por semana _____
 Evento calificativo (en caso de que aplique) _____ Fecha del evento _____

2. Empleado (indique los cambios marcando los recuadros; sólo incluya información nueva)

Primer nombre del empleado, inicial 2do. nombre* _____ Apellido* _____ Cambio
 # del Seguro Social* _____ Email _____ Cambio
 Dirección postal* _____ Cambio
 Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Cambio
 Fecha de nacimiento* _____ Nombre del beneficiario y relación _____ Cambio

3. Dependientes

Solamente se requiere la información de los dependientes al inscribirse en ciertos planes. Por favor consulte al administrador de su plan para averiguar si es necesario que usted proporcione esta información o no. Utilice los recuadros para indicar si usted está agregando o removiendo dependientes.

Demografía de los dependientes	Apellido*	Primer nombre*	Inicial del 2do. nombre	Número del Seguro Social*	Fecha de nacimiento*
Cónyuge Agregar Remover	_____	_____	_____	_____	_____
Hijo(a) Agregar Remover	_____	_____	_____	_____	_____
Hijo(a) Agregar Remover	_____	_____	_____	_____	_____
Hijo(a) Agregar Remover	_____	_____	_____	_____	_____
Hijo(a) Agregar Remover	_____	_____	_____	_____	_____

Marque este recuadro si usted o sus dependientes están inscritos (o planean inscribirse) en una cuenta de ahorro para la salud
 Marque este recuadro si usted no es elegible (o no será elegible) para participar en el plan médico de grupo patrocinado por su empleador

Continúa >

4. Contribución**

Contribución anual a la HRA HRA 1 \$ _____ Descripción del plan _____

Contribución anual a la HRA HRA 2 \$ _____ Descripción del plan _____

Contribución anual a la HRA HRA 3 \$ _____ Descripción del plan _____

**Si la contribución a la cuenta HRA se basa en el número de miembros de la familia, es necesario proporcionar la información de los dependientes en la Sección 3 de la página anterior.

5. Opciones adicionales

Es posible que las opciones adicionales no estén disponibles para todos los planes. Consulte el resumen de su plan o hable con su empleador para obtener más información. Usted puede elegir la tarjeta de débito de beneficios, en caso de que esté disponible. Es posible que apliquen restricciones adicionales al utilizar la tarjeta de débito de beneficios. Las reclamaciones HRA pueden seguir enviándose por fax, correo postal o de manera electrónica a través del portal FSA/HRA de PSA.

Seleccione una de las siguientes opciones:

Tarjeta de débito de beneficios	La tarjeta de débito de beneficios permite deducir los gastos directamente de su cuenta HRA en el punto de venta. Es necesario tener recibos detallados de todas las transacciones que no sean automáticamente verificadas en el punto de venta. No tiene costo adicional obtener inicialmente su tarjeta de débito de beneficios. Cuando expiren las tarjetas (5 años), le enviaremos automáticamente un juego de reemplazo sin costo adicional. <i>Indique si usted desea inscribirse y/o seguir inscrito o si desea cancelar su inscripción.</i>	Inscribirme y/o seguir inscrito Cancelar mi inscripción
Tarjeta de débito de beneficios de reemplazo	Usted puede obtener dos tarjetas de débito de beneficios adicionales o de reemplazo a un costo de \$10. Este costo se deduce de su cuenta HRA. Por favor indique si sus tarjetas se extraviaron o si fueron robadas (y usted desea recibir tarjetas con nuevos números). <i>O indique si usted desea ordenar tarjetas adicionales con el mismo número de tarjeta.</i>	Extraviadas/robadas Adicionales
EasyPay	EasyPay es un programa de reembolso automático de las reclamaciones elegibles procesadas por PacificSource Health Plans. Los empleados deben estar inscritos en el plan de PacificSource de su empleador para ser elegibles para el programa EasyPay. Los empleados o los miembros de su familia con una cobertura secundaria no son elegibles para el programa EasyPay. Es necesario llenar, firmar y devolver el formulario de inscripción de EasyPay para poder inscribirse. Dicho formulario está disponible en PSA.PacificSource.com/forms .	

6. Autorización o exención del participante

Autorización del participante

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera según mis conocimientos. Entiendo que parte de la información anterior solamente puede cambiar en caso de que ocurra un evento calificativo y durante el periodo de inscripciones abiertas. También entiendo que se perderá cualquier cantidad restante en mi cuenta el final del año del plan. En caso de la terminación del empleo, los fondos no utilizados se perderán según lo dispuesto en la Sección 213.

Exención del participante

No deseo participar en el plan ni inscribirme en la Cuenta de Reembolso de Salud. Entiendo que al negarme a participar, no podré inscribirme durante este año del plan a menos de que mi empleador permita realizar cambios a mediados de año y yo tenga un evento calificativo según lo dispuesto en la sección 213 del Código del IRS y solicite mi inscripción dentro de un plazo de 30 días a partir del evento calificativo.

Firma del empleado* _____ Fecha _____

Autorización del empleador* _____ Fecha _____

Empleado: Por favor devuelva el original a su empleador y conserve una copia para su expediente.

Empleador: Por favor revise el formulario, verifique que el cambio sea consistente con el evento y confirme que su plan permita realizar los cambios indicados. Una vez aprobado el formulario, devuelva una copia a PacificSource Administrators, Inc. para su procesamiento y conserve una copia para su expediente.

PacificSource Administrators PO Box 70168, Springfield, OR 97475; **800-422-7038**, TTY: 711 (aceptamos llamadas del servicio de retransmisión; fax 800-575-1109; PacificSource.com/PSA)