



Formulario de Inscripción y Cambio de la Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)

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 HRA* _____

Fecha de Primera Contribución _____ ID de Miembro de PSA (en caso de que aplique) _____

ID de Empleado _____ Núm. de Horas Trabajadas por Semana _____

Evento Calificativo (en caso de que aplique) _____ Fecha del Evento _____

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

Apellido del Empleado* _____ cambio Nombre,* Inicial 2do Nombre _____

Fecha de Nacimiento* _____ Núm. del Seguro Social _____ cambio

Dirección Postal* _____ cambio

Ciudad* _____ Estado* ____ Código Postal* _____

Teléfono Principal _____ cambio Teléfono Secundario _____ cambio

Email (en caso de ser provisto, es posible que las notificaciones se envíen por email) _____ cambio

Nombre del Beneficiario y Relación _____ cambio

3. Dependientes

La información de los dependientes solamente se requiere 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 del Dependiente	Apellido*	Primer Nombre*	Inicial 2do Nombre	Núm. del Seguro Social*	Fecha de Nacimiento*
Cónyuge 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

4. Contribución**

Contribución HRA Anual HRA 1 \$ _____ Descripción del Plan _____

Contribución HRA Anual HRA 2 \$ _____ Descripción del Plan _____

Contribución HRA Anual HRA 3 \$ _____ Descripción del Plan _____

**Si la contribución a la cuenta HRA se basa en el número de miembros de la familia, es necesario enlistar la información de los dependientes en la Sección 3 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 optar por la tarjeta de débito Benny™ en caso de que esté disponible. Es posible que apliquen restricciones adicionales al utilizar la tarjeta Benny™. Las reclamaciones HRA pueden enviarse por fax, correo o de manera electrónica a través del sitio web MyFlex. **Seleccione una de las siguientes opciones:**

Tarjeta de Débito Benny™	La tarjeta Benny™ de Beneficios Prepagados permite deducir los gastos directamente de su cuenta de salud FSA 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 sus tarjetas Benny™ de Beneficios Prepagados. Cuando expiren las tarjetas (5 años), le enviaremos automáticamente un juego de reemplazo sin costo alguno. <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
Reemplazo de Tarjeta de Débito Benny™	Usted puede obtener un juego de dos tarjetas Benny™ de Beneficios Prepagados adicionales o de reemplazo a un costo de \$10. Este costo se deduce de su cuenta de salud FSA. Por favor indique si sus tarjetas han sido extraviadas o robadas (y usted desea recibir tarjetas con nuevos números) o indique si usted desea ordenar tarjetas adicionales con el mismo número de tarjeta number.	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_Flex.aspx .	

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 una parte de la información anterior solamente puede cambiarse en caso de que ocurra un evento calificativo y durante el periodo de inscripciones abiertas. Comprendo que cualquier monto restante en mi cuenta al final del año del plan se perderá. En caso de que ocurra la terminación de las relaciones laborales, los fondos no utilizados se perderán según la reglamentación de 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 que cumpla con los requisitos en cumplimiento con la sección 213 del Código del IRS y solicite mi inscripción dentro de un plazo de 30 días a partir de dicho evento.

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 para su procesamiento y conserve una copia para su expediente.

PacificSource Administrators P.O. Box 70168, Springfield, OR 97475-0110; (541) 485-7488, (800) 422-7038; fax (541) 225-3648, (800) 575-1109; PacificSource.com/PSA