

Formulario de Inscripción de EasyPay



Acerca de EasyPay

El programa EasyPay permite que usted y sus dependientes elegibles reciban un reembolso automático de sus cuentas FSA o HRA calificadas por concepto de los gastos médicos, dentales, de visión y de medicamentos recetados elegibles que sean procesados por PacificSource Health Plans. (FSA = cuenta de gastos flexibles; HRA = cuenta de reembolso de salud)

Exclusiones y Términos

- Usted puede elegir entre EasyPay o la tarjeta de débito de beneficios, pero no podrá tener ambas. Si usted elige una opción, automáticamente se cancelará la otra.
- Cobertura doble: No podrá inscribirse en EasyPay si usted o sus dependientes elegibles están cubiertos por dos o más planes de seguro médico o dental.
- Los gastos de ortodoncia quedan excluidos de EasyPay.
- Los reembolsos se realizarán a través de EasyPay a partir de la fecha en que usted firme este formulario. Las reclamaciones procesadas a través de PacificSource Health Plans antes de la fecha de entrada en vigor de EasyPay deben presentarse mediante un Formulario de Solicitud de Reembolso junto con la documentación de apoyo correspondiente.

Información del Empleado

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial 2o nombre _____

ID de miembro de PSA _____ Dirección de email _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Empleador _____ Núm. de grupo de PacificSource _____

La dirección que aparece arriba es nueva Quiero cancelar mi inscripción a EasyPay

Autorización

Entiendo, certifico y acepto lo siguiente:

- Mis dependientes elegibles (en caso de que aplique) y yo solamente estamos cubiertos por el seguro de salud de PacificSource.
- No solicitaré reembolsos de cualquier otro plan por mis gastos médicos, dentales, de visión o de medicamentos recetados ni los incluiré en mi declaración de impuestos como una deducción.
- En caso de que PacificSource Administrators, Inc. realice el reembolso de una reclamación y posteriormente determine que un gasto no es elegible para ser reembolsado, estoy obligado a devolver el importe de dicho reembolso a mi cuenta de salud FSA o HRA, o de lo contrario estaré sujeto al pago de los impuestos sobre ingresos aplicables respecto al monto correspondiente a dicho gasto.
- Al inscribirme en EasyPay se cancelará mi tarjeta de débito de beneficios (en caso de que aplique). Adicionalmente, en caso de que posteriormente decida obtener la tarjeta de débito de beneficios, se cancelará mi inscripción en EasyPay.
- Mi inscripción en EasyPay se renovará automáticamente cada año, siempre y cuando haya una inscripción activa. Tengo la responsabilidad de notificar a mi empleador y a PacificSource Administrators en caso de que yo o mis dependientes nos inscribamos en otra cobertura de plan de salud durante el año del plan o al renovarlo.
- Se cancelará mi inscripción al programa EasyPay al informar a PacificSource Administrators sobre otras coberturas de seguro que yo tenga y será necesario que yo envíe manualmente los formularios de reclamación y la documentación relacionada. En caso de que se termine mi empleo, se cancelará mi inscripción a EasyPay. Si elijo la continuación de la cobertura bajo COBRA, será necesario que yo procese manualmente mis reclamaciones.

Firma _____ Fecha _____

Por favor envíe este formulario a PacificSource Administrators y conserve una copia para su expediente.

PO Box 70168, Springfield, OR 97475 | **541-485-7488, 800-422-7038**, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión. | Fax 541-485-8759 PacificSource.com/PSA