

Formulario de Autorización de HSA

PARA COBERTURA DE SALUD COLECTIVA

HealthEquity
Building Health Savings™

Como un beneficio de su membresía con Western Health Advantage en un Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP) compatible con una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), usted tiene acceso a una HSA con el socio de WHA, HealthEquity, sin cuotas de apertura o mensuales.* Esta asociación también permite a WHA transmitir información sobre sus reclamos directamente a HealthEquity, lo cual le facilita a usted comparar su responsabilidad financiera según el seguro con sus pagos de su HSA.

Este Formulario de Autorización de HSA firmado debe devolverse con su Formulario de Inscripción/Cambio de WHA para poder inscribirse en este beneficio.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA UNA CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)

Este Formulario de Autorización de HSA considera la apertura de una HSA que se utiliza para acumular bienes para el pago de gastos calificados de atención médica. Su HSA es su activo financiero incluso si se cambia de plan o de empleo. Sin embargo, tome en cuenta que un cambio en su plan de salud desactivará el acuerdo de WHA con HealthEquity. Esto podría derivar en cuotas mensuales para su HSA con HealthEquity.

Para ser elegible para abrir una HSA, debe reunir los siguientes requisitos:**

1. Si actualmente participa en la FSA Médica de Propósito General, debe tener un saldo de cero el 31 de diciembre de cualquier año civil para calificar para la HSA el 1° de enero del siguiente año civil. Esto significa que los reclamos deben incurrirse y presentarse oportunamente para reembolsarse con el último procesamiento de cheques de FSA del año que ocurrirá el 31 de diciembre del año inicial.

A partir de la fecha de vigencia:

2. Usted debe estar cubierto por un HDHP calificado por una HSA, y no puede estar cubierto por otro seguro médico que no sea un HDHP. Ciertos tipos de seguros (p. ej., dental, de la vista, por discapacidad y de atención a largo plazo) no se consideran "seguros médicos" y no pondrán en riesgo la elegibilidad de una persona para una HSA.
3. No puede estar cubierto por otro plan de salud, incluyendo Medicare.
4. No puede tener una HSA si la FSA o HRA de un cónyuge puede pagar por cualquier gasto médico antes de satisfacer el deducible de HDHP.
5. No puede ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
6. Usted debe tener 18 años de edad o más.

*Nota: Si no elige cambiar de los estados de cuenta impresos a los estados de cuenta electrónicos, la cuenta incluye una cuota mensual de \$1. Esta opción puede cambiarse al momento de activar su tarjeta de débito, o en cualquier momento a través del Portal para Miembros HealthEquity.

**Ni Western Health Advantage ni HealthEquity proporciona asesoría médica ni fiscal. El contenido nunca debe reemplazar la asesoría médica o fiscal profesional. Si tiene preguntas sobre una condición médica, consulte con un profesional de atención médica calificado. Todas las referencias fiscales se realizan a nivel federal. Los impuestos estatales pueden variar. Consulte con su asesor fiscal.

Información del titular de la cuenta primaria

Empleador

N.º de grupo WHA

Nombre del miembro

Fecha de vigencia

ver al dorso



Autorización y certificación

- Por el presente, certifico que reúno los requisitos de elegibilidad de HSA descritos al dorso.
- Comprendo que de conformidad con la Ley Patriota de EE.UU., HealthEquity debe verificar la identidad de todos los clientes que desean abrir una cuenta HSA, y que alguien podría comunicarse conmigo para obtener información y/o documentación adicional, si es necesario para cumplir con dicha ley.
- Comprendo que con esta Autorización firmada, se abrirá en mi nombre una cuenta HSA de HealthEquity como parte de mi inscripción en WHA.
- Autorizo a WHA a divulgar la información de mis reclamos a HealthEquity después de la apertura de mi cuenta HSA para que dicha información esté a mi disposición para reconciliarla con mi cuenta HSA.

Comprendo lo siguiente:

- Esta autorización expirará cuando deje de formar parte de WHA.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y enviada a la dirección que aparece en la parte posterior de mi tarjeta de membresía de WHA, Atención de: Departamento de Cumplimiento.
- Si revoco esta autorización, mi revocación entrará en vigor al momento que se reciba, pero no afectará las divulgaciones hechas antes por WHA u otras personas de conformidad con esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que WHA no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios si otorgo o niego esta autorización. Sin embargo, si no firmo esta autorización, WHA no me ayudará a abrir una HSA.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede divulgarse nuevamente por el receptor de dicha información y podría ya no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información de salud la divulgue nuevamente, a menos que se obtenga de mí otra autorización para tal divulgación, o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que estoy autorizando que sea divulgada por WHA a HealthEquity.

Firma del miembro

Fecha

Nombre del miembro (letra de imprenta)

Si este formulario está firmado por alguien que no sea el miembro (como uno de los padres, un tutor o curador), por favor complete lo siguiente:

Firma del representante personal

Fecha

Nombre del representante personal (letra de imprenta)

Relación con el miembro



El saldo en su HSA está asegurado por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC, por sus siglas en inglés), sujeto a los límites de depósitos correspondientes.

