

# SelectAccount®

## Formulario de elección de traspaso para gastos médicos

Puede completar este formulario en línea en [www.selectaccount.com](http://www.selectaccount.com).

La opción de traspaso para gastos médicos le permite recibir de manera más fácil y ágil los fondos de su cuenta. Con el traspaso para gastos médicos, sus reclamos de gastos médicos y medicamentos recetados en efectivo se enviarán electrónicamente de su empresa de seguro a SelectAccount y se reembolsarán a su cuenta de gastos.

- En las siguientes circunstancias, **NO** se debe seleccionar el traspaso: los gastos médicos para estas situaciones no pueden reembolsarse conforme a las pautas del Servicio de Renta Interna (IRS).
  - **Cuentas FSA:** si tiene una pareja doméstica o un dependiente que esté cubierto por su plan médico, que no sea un dependiente de salud. (Un dependiente de salud es un dependiente fiscal o un hijo hasta el año calendario en que éste cumpla 27 años).
  - **Cuentas HSA:** si tiene una pareja doméstica o un dependiente que esté cubierto por su plan médico, que no sea un dependiente fiscal.
- Si es parte de un grupo del empleador, el traspaso de gastos médicos solo está disponible si su grupo elige ofrecer el traspaso de gastos médicos a los participantes.
- Si su grupo del empleador elige el traspaso automático, usted será inscrito automáticamente. Si elige no participar o no califica para el traspaso, deniegue el traspaso a continuación. Verifique el material del plan atentamente o hable con el líder de su grupo.
- Si usted o alguno de sus dependientes cubiertos tiene más de un plan médico (privado o Medicare), el traspaso no es una opción, ya que su monto de responsabilidad del paciente debe enviarse a todas las compañías de seguros antes de enviarse a su cuenta de reembolso.
- Si solicita una tarjeta de débito, el traspaso no está disponible.
- Si su reclamo se ajusta después de que se haya procesado el reclamo de traspaso contra su cuenta de reembolso, es posible que reciba un pago excedente. Si esto ocurre, usted será responsable de devolver el dinero pagado demás, de manera que su cuenta de reembolso se acredite por el pago excedente.
- Una vez que haya autorizado el traspaso, no es necesario que vuelva a autorizar en subsiguientes años del plan, salvo que rechace participar en el traspaso. Puede suspender su elección de traspaso en cualquier momento durante el año del plan enviando un formulario nuevo y eligiendo la opción "rechazar" a continuación.

### **Para rechazar el traspaso para gastos médicos**

- NO — Al firmar este formulario, indico que no deseo que me inscriban en la característica de traspaso para mi(s) cuenta(s) de reembolso.**

### **Para elegir el traspaso para gastos médicos**

- SÍ — Al firmar este formulario, indico que deseo inscribirme en la característica de traspaso para mi(s) cuenta(s) de reembolso.**

Al firmar este formulario, certifico que dichos gastos no serán elegibles para el pago de beneficios por parte de ninguna otra empresa de seguros y que tampoco los enviaré manualmente a otra cuenta de reembolso de atención médica, incluida una cuenta de gastos flexibles. Si envió manualmente reclamos a SelectAccount por gastos que se procesarán automáticamente mediante el traspaso, entiendo que SelectAccount puede quitar el traspaso de mi cuenta.

N.º de identificación del plan médico: \_\_\_\_\_ Identificación de SelectAccount o SSN: \_\_\_\_\_  
(de su tarjeta de identificación del plan médico)

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Firma del empleado: \_\_\_\_\_  
(Escriba en letra imprenta)

Dirección de correo electrónico del empleado: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_ **(Si no se indica la fecha, la predeterminada será 10 a 15 días a partir de la fecha en que SelectAccount reciba este formulario).**

Devuelva el formulario completo a:

SelectAccount  
P. O. Box 64193  
St. Paul, MN 55164-0193  
Fax: (651) 662-7247 ó 1-866-231-0214