¿Quién tiene Cobertura Bajo su HRA?

REQUISITOS DE COBERTURA HRA PARA CÓNYUGE Y DEPENDIENTE

Asegurarse de que los gastos calificadospara su cónyuge y dependiente son reembolsable de su HRA. Aquí algunos pasos rápidos para asegurar que tenga acceso a los fondos HRA sin problemas.

REGULACIONES DE LA HRA

Las **Cuentas de Reembolso de Salud (HRAs)** están diseñadas para pagar por gastos médicos o servicios* elegibles provistos a usted, su cónyuge, y dependientes elegibles. Regulaciones requieren que usted, su cónyuge y dependiente elegible estén cubiertos bajo un grupo de plan de salud para así poder tomar ventajas de estos beneficios.

CONSEJO PROFESSIONAL DE BRI

Guarde sus recibos y documentación. Las cuentas de beneficios libres de impuestos son gobernadas por el IRS y pueden requerir prueba de que los fondos fueron usados para gastos elegibles.

COMUNIQUESE CON SERVICIOS AL PARTICIPANTES

Servicios al Participantes esta disponible para asistir con sus preguntas por teléfono, Chat y correo electrónico. Representantes están disponibles en Español e Ingles.

(800) 473-9595 (L - V, 8am - 8pm (ET))

ParticipantServices@BenefitResource.com

Disponible cuando entra como participante en BenefitResource.com

*Gastos Médicos Elegibles bajo su HRA están en su Resaltamiento del Plan HRA, el cual puede ver cuando entra a BenefitResource.com

SIGUE ESTOS PASOS

1. ASEGURESE QUE SUE CONYUGE Y DEPENDIENTES ESTAN CUBIERTOS BAJO UN GRUPO DE PLAN DE SALUD.

Usted debe certificar que su cónyuge y todos los dependientes listados en su Plan HRA también están cubiertos por un grupo de plan de salud ya sea a través de su compañía u otra compañía. Cubierta a través del Intercambio Federal, intercambio estatal o de seguro individual no califican.

2. ESCRIBA SU CONYUGE Y DEPENDIENTES ELEGIBLES EN SU FORMA HRA DE INSCRIPCION/CAMBIO.

Cuando se inscribe o renueva su HRA, a usted se le pedirá información acerca suya, su cónyuge y dependientes elegibles. Usted puede añadir/cambiar los individuos elegibles en cualquier momento al completar la Forma HRA de Inscripción/Cambio.

3. SOMETA RECLAMOS PARA USTED, SU CONYUGE Y/O DEPENDIENTES ELEGIBLES.

Se le pedirá que identifique para quien es el reclamo sometido. Si la información requerida para procesar el reclamo no es incluida, usted será notificado así de que el reclamo pueda ser procesado para pago.

© 2024 Benefit Resource, LLC. | Derechos Reservados | Actualizado 1/31/2024 | Benef it Resource y BRI son nombres comerciales de Benef it Resource, LLC.

Benefit Resource, LLC es una afiliada de Inspira Financial Health, Inc. e Inspira Financial, LLC. Benefit Resource, LLC no proporciona asesoramiento legal, fiscal o financiero. Por favor, comuníquese con un profesional para obtener asesoramiento sobre elegibilidad, tratamiento fiscal y otras restricciones. Inspira e Inspira Financial son marcas registradas de Inspira Financial Trust, LLC.