



# Guía del Formulario de Incorporación Financiera de Miembros

# Paso 1

Visite el enlace proporcionado por su equipo de recursos humanos o de administración de beneficios para completar su formulario de incorporación financiera de miembros y



**SIMPLEPAY**  
HEALTH

## Formulario de contratación financiera para miembros

Le damos la bienvenida a una nueva forma de pagar sus costos de atención de la salud: un solo estado de cuenta mensual para sus costos de bolsillo con financiamiento integrado con 0 % de interés... ¡sin necesidad de verificación de crédito! Use nuestra plataforma de pago para que su atención de la salud sea más asequible y así poder acceder a la atención que necesita cuando la necesita.

Conozca más sobre nuestro modelo de pago y lo que debe tener a mano para completar este formulario en <https://www.simplepayhealth.com/payments-made-easy/>

Si tiene alguna pregunta o no puede completar este formulario, comuníquese con [healthvalet@simplepayhealth.com](mailto:healthvalet@simplepayhealth.com) o al 800-606-3564 para obtener ayuda.

Comencemos por conocerle. Ingrese la información del miembro del plan principal a continuación:

Nombre del asegurado principal

Apellido del asegurado principal

Fecha de nacimiento del asegurado principal

Correo electrónico del asegurado principal

Formato de fecha: MM/DD/YYYY

Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN)

Siguiente

Cuando haya terminado de completar esta sección, presione en "Siguiente".

# Paso 2

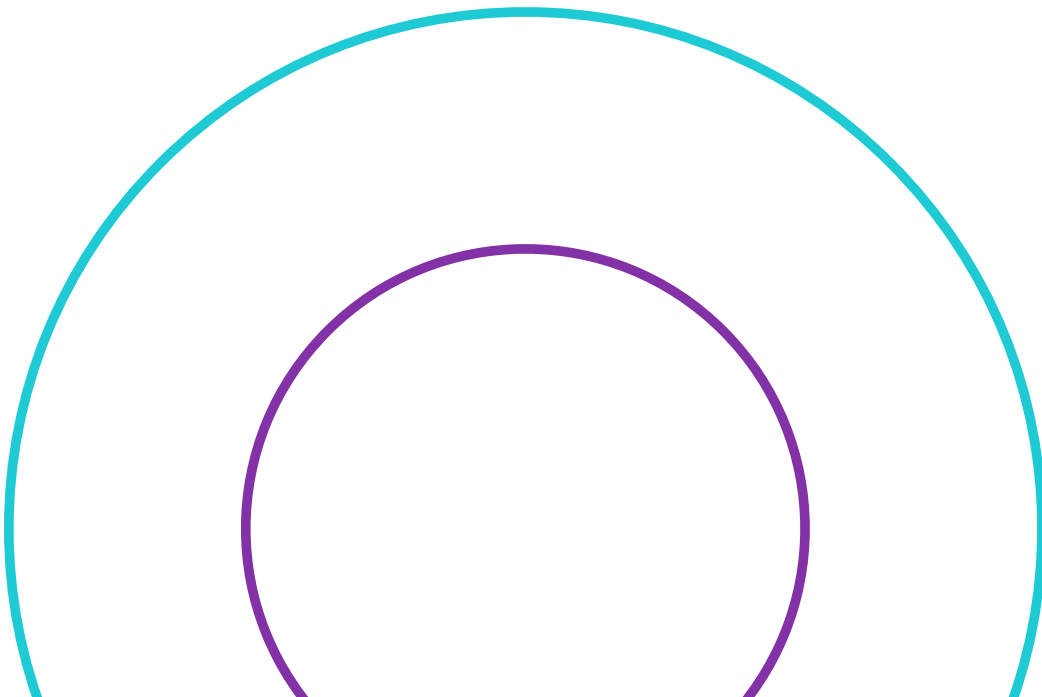
Presione en "Divulgaciones de firma electrónica" y revise los formularios de divulgación. Cuando termine, marque "Acepto" en ambas formas.

Acepto las [Divulgaciones de firma electrónica \(en español\)](#) y recibir registros electrónicos de la cuenta, tener el hardware y software necesarios para acceder y conservar registros electrónicos, y firmar todos los documentos de la cuenta electrónicamente.

☒ Acepto

Al firmar a continuación, usted declara y acepta que ha abierto y visto el [Acuerdo de préstamo de anticipo múltiple \(en español\)](#) y la [Declaración de privacidad \(en español\)](#) y acepta los términos y condiciones de los acuerdos.

☒ Acepto



# Paso 3

Ingrese su método de pago preferido y luego presione en 'Estoy de acuerdo'. Recuerde, usted puede cambiar estas preferencias en cualquier momento.

¡Gracias por firmar los acuerdos financieros! A continuación, agregue una cuenta de pago a su perfil de pago.

Los prestamistas bancarios de Paytient requieren que cada miembro del plan tenga una cuenta registrada para abonar al menos el pago mínimo de financiamiento mensual. Una vez que agrega una cuenta, puede usarla para configurar un plan de pago automático para eliminar la preocupación de tener que recordar el pago mensual. Es necesario agregar una cuenta a su perfil de pago para inscribirse y ser elegible para el plan de salud.



Al seleccionar la opción "Cuenta bancaria", usted acepta:

1. Que a través de este método de pago se le puede cobrar automáticamente el monto de costos compartidos seleccionado cada mes.
2. Que su plan de salud y Simplepay Health y sus proveedores no son responsables de ningún cargo adicional que le cobre su institución bancaria, como intereses o cargos por sobregiro.

**Si realiza esta selección mientras está utilizando el método de deducción de nómina, es posible que aún se realicen deducciones de nómina durante un período de tiempo.** Simplepay Health no puede detener ninguna deducción de nómina que ya se haya informado a su empleador o al administrador de nóminas de su empleador para su procesamiento.

Si no completa este formulario con información precisa ni proporciona una forma de pago, su autorización de deducción de nómina permanecerá vigente. Tenga en cuenta que cualquier incumplimiento del pago de los montos mínimos de los costos compartidos adeudados puede dar lugar a que Simplepay Health envíe su cuenta a cobros.

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre de la cuenta

Tipo de cuenta

- ☒ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros

Siguiente



Cuenta  
Bancaria



Tarjeta de  
débito o crédito



Deducción de  
nómina



HSA/FSA

Al seleccionar la opción "Tarjeta de crédito/débito", usted acepta:

1. Que a través de este método de pago se le puede cobrar automáticamente el monto de costos compartidos seleccionado cada mes.
2. Que su plan de salud y Simplepay Health y sus proveedores no son responsables de ningún cargo adicional que le cobre su institución bancaria, como intereses o cargos por sobregiro.

Si realiza esta selección mientras está utilizando el método de deducción de nómina, es posible que aún se realicen deducciones de nómina durante un período de tiempo. Simplepay Health no puede detener ninguna deducción de nómina que ya se haya informado a su empleador o al administrador de nóminas de su empleador para su procesamiento.

Si no completa este formulario con información precisa ni proporciona una forma de pago, su autorización de deducción de nómina permanecerá vigente. Tenga en cuenta que cualquier incumplimiento del pago de los montos mínimos de los costos compartidos adeudados puede dar lugar a que Simplepay Health envíe su cuenta a cobros.

☒ Tarjeta de débito

☐ Tarjeta de crédito

Titular de la tarjeta

Dirección 1

Número de la tarjeta

Código CVC

Dirección 2

Mes de vencimiento

Año de vencimiento

Ciudad

Estado

Código postal

Siguiente



Cuenta  
Bancaria



Tarjeta de  
débito o crédito



Deducción de  
nómina



HSA/FSA

Al seleccionar la opción "Nómina", usted acepta que Simplepay Health comience a hacer que su empleador deduzca automáticamente el monto de los costos compartidos seleccionado una vez que tenga un saldo adeudado a Simplepay Health.

Dado que la estructura de financiamiento le brinda apoyo, ya sea que permanezca con su empleador actual o cambie de empleador, agregue una tarjeta o cuenta bancaria a su perfil para tener respaldo en caso de que la nómina ya no sea una opción disponible.

☒ Tarjeta de débito o crédito

☐ Cuenta bancaria

☒ Débito

☐ Tarjeta de crédito

Titular de la tarjeta

Dirección 1

Número de la tarjeta

Código CVC

Dirección 2

Mes de vencimiento

Año de vencimiento

Ciudad

Estado

Código postal

Siguiente



Cuenta  
Bancaria



Tarjeta de  
débito o crédito



Deducción  
de nómina



HSA/FSA

Al seleccionar la opción "HSA/FSA", usted acepta:

1. Que a través de este método de pago se le puede cobrar automáticamente el monto de costos compartidos seleccionado cada mes.
2. Que su plan de salud y Simplepay Health y sus proveedores no son responsables de ningún cargo adicional que le cobre su institución bancaria, como intereses o cargos por sobregiro.
3. Proporcionar también una tarjeta o cuenta bancaria de respaldo, en caso de que su tarjeta HSA/FSA se quede sin fondos, o mientras espera su tarjeta HSA/FSA. Una vez que haya recibido su tarjeta HSA/FSA, puede iniciar sesión en el portal para miembros y agregarla como su cuenta de pago predeterminada, o completar este formulario nuevamente.

**Si realiza esta selección mientras está utilizando el método de deducción de nómina, es posible que aún se realicen deducciones de nómina durante un periodo de tiempo.** Simplepay Health no puede detener ninguna deducción de nómina que ya se haya informado a su empleador o al administrador de nóminas de su empleador para su procesamiento.

Si no completa este formulario con información precisa ni proporciona una forma de pago, su autorización de deducción de nómina permanecerá vigente. Tenga en cuenta que cualquier incumplimiento del pago de los montos mínimos de los costos compartidos adeudados puede dar lugar a que Simplepay Health envíe su cuenta a cobros.

☒ HSA

☐ FSA

☐ Aún no tengo mi tarjeta

Titular de la tarjeta

Dirección 1

Número de la tarjeta

Código CVC

Dirección 2

Mes de vencimiento

Año de vencimiento

Ciudad

Estado

Seleccione un estado

Código postal

Siguiente

Elija el monto y la fecha de pago preferidos:

PAGAR AUTOMÁTICA-  
MENTE EL MÍNIMO CON  
LA CUENTA REGISTRADA

PAGAR AUTOMÁTICAMENTE  
EL SALDO TOTAL CON LA  
CUENTA REGISTRADA

PAGAR CUANDO USTED LO  
DISPONGA CON SU MÉTODO  
PREFERIDO\*

\*Debe efectuar el pago antes de que termine el mes. Si no recibimos al menos el pago mínimo antes de la fecha de vencimiento, al día siguiente de esta fecha le cobraremos el pago mínimo adeudado de su cuenta de pago preferida registrada. Si elige una opción de pago automático, le cobraremos automáticamente de su cuenta y no tendrá que preocuparse por administrar las fechas de vencimiento.

Acepto

# Paso 4



¡Gracias por completar los acuerdos y proporcionar sus selecciones de método de pago! Pronto recibirá copias en PDF de sus acuerdos firmados en un correo electrónico de HelloSign.

#### Resumen de sus selecciones

Cuando tenga un saldo pendiente...

Método de pago principal autorizado: Tarjeta de débito que termina en \*\*\*\*6680

Método de pago de respaldo autorizado (si el método principal falla): NC

¿Cuánto le gustaría pagar? El mínimo cada mes

¿Cuándo le gustaría pagar? Desea iniciar sesión en el portal para realizar un pago o enviar un cheque cada mes en la fecha que elija. (Si no paga el mínimo antes de la fecha de vencimiento, se le cobrará a su cuenta de pago el siguiente día hábil).

Si alguna vez desea cambiar su selección, vuelva a este formulario.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su equipo de valet de salud al 800-606-3564 o a [healthvalet@simplepayhealth.com](mailto:healthvalet@simplepayhealth.com)

Después de seleccionar "Acepto", verá un resumen de su selecciones y recibirá un correo electrónico de confirmación, confirmando que ha completado el proceso de incorporación financiera.

Si no recibe un correo electrónico de confirmación, envíe un correo electrónico [HealthValet@simplepayhealth.com](mailto:HealthValet@simplepayhealth.com) o llame al 1-800-606-3564.