

myEVHC.com

Guía de usuario para miembros

ACTUALIZADA EN MARZO DE 2023

Prepárese para experimentar myEVHC.com, el portal para miembros que proporciona un servicio mejor y más personalizado. El sitio tiene una apariencia nueva, que permite navegar y obtener información más fácil y rápido que nunca.



Le damos la bienvenida a myEVHC.com



Contenido

Esta guía le muestra los pasos que necesitará seguir para registrarse, verificar el estado de las reclamaciones, obtener respuestas a sus preguntas y mucho más. ¡Haga un recorrido y aproveche esta guía como hoja de ruta!

El portal para miembros se puede usar para:

- Registrarse como usuario de myEVHC.com por primera vez
- Actualizar el perfil de su cuenta
- Consultar el estado de las reclamaciones
- Consultar el historial de elegibilidad
- Ver los montos acumulados en lo que va de año por concepto de deducibles y gastos de su bolsillo
- Conectarse al portal de cuentas de gastos de myEVHC
- Ver el historial de cobertura
- Ver un resumen de la familia
- Controlar el acceso de los familiares al sistema
- Usar el centro de mensajes para enviar mensajes a varios departamentos con el fin de obtener información, leer respuestas a sus mensajes o ver los mensajes que ha enviado
- Leer artículos interesantes
- Visitar myHealthCenter y hacerse su evaluación de riesgos de salud (HRA)
- Acceder rápidamente a enlaces para encontrar un proveedor, revisar los documentos del plan u obtener una copia de su tarjeta de identificación

Descripción general del portal	2
Crear una cuenta como miembro	3
Iniciar sesión	7
Olvidó su contraseña o nombre de usuario	8
Página principal	10
Ver mis gastos	11
Ver mis saldos	13
Ver acerca de mí	14
Ver mis beneficios	18
Ver mi familia	19
Correspondencia	20
Mensajes	22
myHealthCenter	24
Mis enlaces	25
Enlaces de la familia	27
Mi perfil	28

Requisitos generales

- El navegador deberá estar habilitado para cookies y JavaScript.
- Los bloqueadores de ventanas emergentes deberán estar inhabilitados para permitir enlaces a sitios de socios.

Requisitos para navegadores de PC/Mac

- Versiones actuales de Edge, Chrome, Firefox y Safari

Requisitos para dispositivos móviles

- Versiones actuales de iOS, Android, Safari, Chrome y FirefoxFirefox

Crear una cuenta como miembro

Antes de usar el portal, los miembros del plan de salud mayores de 18 años deberán registrarse mediante unos sencillos pasos.

Nota: Los miembros deberán completar el registro en una sesión. El sistema no le permitirá comenzar el proceso, detenerlo y finalizarlo más tarde.

1. Vaya a **myEVHC.com**. Aparece la página de inicio de sesión.

2. En el cuadro **“Participant”** (Participante), seleccione **Create Your Account** (Crear su cuenta) para iniciar el proceso. Se abre la página **Activación** (Activación) para comenzar la creación de la cuenta.

3. **Para activar una nueva cuenta** complete los siguientes campos. **Member ID** (Identificación de miembro) y **Last Name** (Apellido) deben coincidir con los datos que aparecen en la tarjeta de identificación.

- Su identificación de miembro (Member ID) o número de Seguro Social (SSN)
- Su apellido (Last Name)
- Su código postal (ZIP/Postal Code)
- Su fecha de nacimiento (Date of Birth) en el formato mm/dd/aaaa

Seleccione **Next** (Siguiente) una vez que complete estos campos.

Todos los usuarios del portal deberán tener por lo menos 18 años de edad. Si un miembro menor de edad u otra persona intentan registrarse como miembro menor de edad, aparecerá un mensaje con un enlace que lo llevará a la página **Delegated Authority** (Autoridad delegada).

“Lamentablemente no podemos crear su cuenta. Para tener una cuenta en myEVHC.com, usted deberá tener por lo menos 18 años de edad. Si se está registrando en nombre de un miembro menor de edad, haga clic aquí para registrarse como usuario con Autoridad Delegada de este sitio web. Tenga en cuenta que necesitará enviar documentación de apoyo para poder tener acceso a este sitio”.

Crear una cuenta de miembro (continuación)

4. Consentimiento

Dé su consentimiento para el uso de firmas y comunicaciones electrónicas, y acepte los Términos y Condiciones. Puede imprimir los Términos y Condiciones desde la ficha **My Profile** (Mi perfil).

Seleccione **'I Agree'** (Acepto). Si usted selecciona **'I Decline'** (No acepto), regresará a la pantalla de inicio de sesión.

Comunicación

Ingrese la información de contacto. Es obligatorio que proporcione una dirección de correo electrónico y un número de teléfono.

Podrá usar su número de teléfono móvil para recibir mensajes de texto.

Seleccione la información que desearía recibir electrónicamente.

Seleccione **Save** (Guardar).

Consent



Provide your consent.

To continue, please agree to the terms below.

CONSENT TO ELECTRONIC SIGNATURES AND COMMUNICATIONS AND TERMS AND CONDITIONS

Under certain laws, Trustmark Health Benefits, Inc., and its vendors are required to obtain your authorization and consent to obtain your electronic signature on any documents related to the services that Trustmark Health Benefits or its vendors provide ("Services") and to receive electronically copies of such documents. As a result, we are providing this notice to you in order to obtain your agreement and consent to conduct our business with you electronically, including your consent to sign electronically any documents we ask you to sign and all other documents related to the Services and to confirm your consent to provide you with electronic copies of the

I AGREE **I DECLINE**

Preferred Communication Details

Let's stay connected!

Tell us how you would like to receive communications by completing the information below.

Mandatory fields: your email address and mobile phone number.

Email Address:

Mobile Phone:

Alternate Phone:

Select the information below that you would like to receive electronically.

By checking these box(es), I agree to receive information about services and programs available to me under my group health benefit plan sent to me electronically. By marking "Yes", I request that Trustmark Health Benefits and its vendors send me electronic communications about services and programs available through my health benefit plan via email or text based on the preferences I have selected. My consent can be withdrawn at any time, free of charge, by returning to the About Me screen and changing my preference for communications. There is no requirement that I agree to receive these messages as a condition of receiving benefits or purchasing any products, goods.

Yes, I request to receive my Explanation of Benefit Statements (EOBs) notifications electronically via email.

To ensure your emails are not going to your SPAM/JUNK folder, please add Sendtmail@chatmarkhinc.com to your address book for your Explanation of Benefits (EOBs) notification emails.

Save

Crear una cuenta de miembro (continuación)

5. Verificación

Seleccione uno de los métodos de verificación (dirección de correo electrónico o teléfono móvil). Se le enviará un mensaje de correo electrónico o un mensaje de texto que contiene un código de verificación.

Seleccione **Start** (Comenzar).

Introduzca el **código de verificación** recibido por mensaje de texto o por correo electrónico.

Seleccione **Verify** (Verificar).

Verification

We will need to verify your information before continuing.

Select ONE method below to verify. A code will be sent to the email address or mobile phone number you provided.

Email Address
email@email.com **START**

Mobile Phone
[Masked] x **START**

Verification

We will need to verify your information before continuing.

Select ONE method below to verify. A code will be sent to the email address or mobile phone number you provided.

Please enter the verification code that has been sent to your Mobile Phone in the field below.

Email Address
le@trustmarkbenefits.com **START**

Mobile Phone
111-111-1111 **START**

Verification Code
[Blank] **VERIFY**

Una vez que reciba la confirmación de que el código de verificación es el correcto, seleccione **Next** (Siguiente).

Verification

We will need to verify your information before continuing.

Select ONE method below to verify. A code will be sent to the email address or mobile phone number you provided.

✓ Your code is correct! Click 'Next' below to continue.

Email Address
[Masked]


Mobile Phone
[Masked]

NEXT

Crear una cuenta de miembro (continuación)


6. Personalización

Para crear su perfil, introduzca el **nombre de usuario** y la contraseña, y responda las **preguntas de seguridad**.


Seleccione el icono  para revisar las reglas de la contraseña. El sistema le informará si el nombre de usuario está disponible y si la contraseña es aceptable.

Seleccione **Next** (Siguiente).

Personalization

 Create your profile.


User Name


Password
 


Re-enter Password

Let's keep this secure — answer these 3 security questions.

Remember your answers as you will use these questions in the future if you forget your password!

Select a security question 
Enter your answer

Select a security question 
Enter your answer

Select a security question 
Enter your answer

NEXT


Iniciar sesión

La primera vez que inicie sesión después de crear una cuenta aparecerán ventanas emergentes con los **Términos y Condiciones, Consentimiento de Firma Electrónica y Detalles de Comunicaciones Preferidas**.

Al hacer clic en **I Agree** (Acepto) nos da su consentimiento para obtener su firma electrónica para servicios proporcionados por nuestros proveedores y para recibir copias electrónicas de documentos.

Si hace clic en **I Decline** (No acepto), regresará a la página de inicio de sesión y no podrá usar el portal.

Terms and Conditions

 Below is the Terms and Conditions you agreed to on February 4, 2020 at 11:26 AM.

CONSENT TO ELECTRONIC SIGNATURES AND COMMUNICATIONS AND TERMS AND CONDITIONS

Under certain laws, Trustmark Health Benefits, Inc., and its vendors are required to obtain your authorization and consent to obtain your electronic signature on any documents related to the services that Trustmark Health Benefits or its vendors provide ("Services") and to receive electronically copies of such documents. As a result, we are providing this notice to you in order to obtain your agreement and consent to conduct our business with you electronically, including your consent to sign electronically any documents we ask you to sign and all other documents related to the Services and to confirm your consent to provide you with electronic copies of the same. You may otherwise print or save a copy of these documents for your records.

Scope of Your Consent

An "electronic signature" may be clicking a check box, orally stating "I Agree", or otherwise taking any other action that indicates your agreement to and receipt of a document. By indicating your consent below, you are agreeing that any electronic signatures that you may provide are legally binding signatures with the full legal force of a handwritten signature, which does not need to be verified, validated or certified by any third party. By indicating your consent below you are also agreeing that we can send you and you will receive electronically disclosures, communications, notices, forms, applications, policies and modifications to the same, which we choose to provide you electronically, unless and until you withdraw your consent as set forth below.

This Consent is voluntary and you may refuse to sign this Consent, but your ability to submit your request for services electronically will be restricted and potentially delayed.

If you (1) do not wish to consent to electronic signatures in connection with the Services, (2) do not consent to the electronic submission and receipt of disclosures, communications, notices, forms, and modifications related to the Services or (3) otherwise wish not to engage in electronic transactions, you will not have access to this Web Portal.

In the event that we elect to discontinue the provision of any electronic communications or change the terms and conditions on which we provide electronic communications, we will provide you with any notice of such discontinuance or changes as required by law.

Obtaining a Paper Copy

Your copy of this Consent and all disclosures and communications related to this Consent, including documents in relation to the Service, will be sent and received electronically as set forth below. We reserve the right, but assume no obligation except as set forth in this Consent to provide a paper copy of any communication that you have authorized us to provide electronically.

You may save a paper copy of certain disclosures and communications by printing them. You may obtain additional paper copies by contacting us at the number on your I.D. card. There will be no additional charge for obtaining paper copies.

Accessing Your Electronic Records

In order to receive documents electronically, you need a valid email address, Internet access and a computer that meets the following minimum hardware and software requirements. [Click on here for the minimum hardware and software requirements: System Requirements](#)

Olvidó su contraseña o nombre de usuario

La próxima vez que vaya a iniciar sesión es posible que olvide su contraseña o su nombre de usuario. No cree otra cuenta. Para desbloquear una cuenta, siga este mismo proceso.

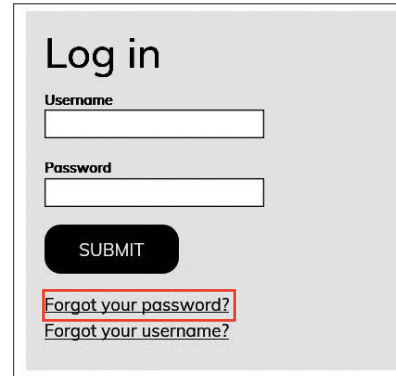
Seleccione **¿Olvidó su contraseña?**

Introduzca su nombre de usuario y seleccione **Submit** (Enviar).

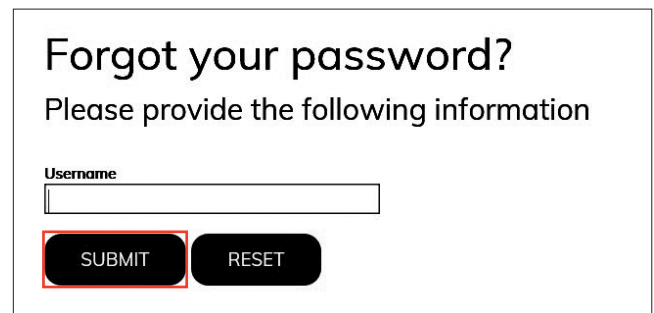
Aparecerá una de las preguntas de seguridad que respondió al registrarse.

Introduzca la respuesta a la pregunta de seguridad, exactamente como la respondió durante el registro. La verificación de la respuesta distingue entre mayúsculas y minúsculas. Si introdujo la respuesta con letras mayúsculas durante el registro, deberá introducirla con letras mayúsculas aquí. Se le darán dos oportunidades por pregunta para responder correctamente las preguntas de seguridad.

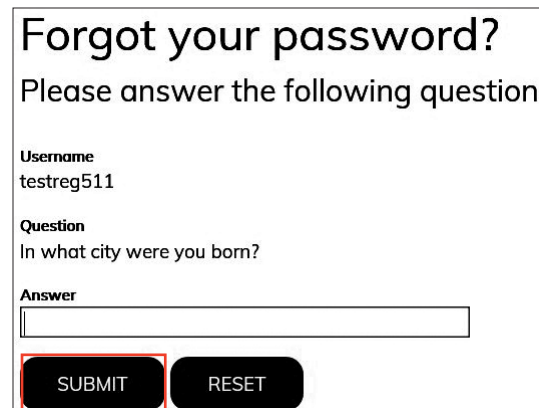
Seleccione **Submit** (Enviar) cuando termine.



The screenshot shows a login form titled "Log in". It has two input fields: "Username" and "Password". Below the fields is a "SUBMIT" button. At the bottom, there are two links: "Forgot your password?" and "Forgot your username?". The "Forgot your password?" link is highlighted with a red box.



The screenshot shows a form titled "Forgot your password?". It asks the user to "Please provide the following information". There is an input field for "Username". Below the field are two buttons: "SUBMIT" and "RESET". The "SUBMIT" button is highlighted with a red box.



The screenshot shows a form titled "Forgot your password?". It asks the user to "Please answer the following question". There is an input field for "Username" with the value "testreg511". Below it is a "Question" field with the text "In what city were you born?". There is an input field for "Answer". Below the field are two buttons: "SUBMIT" and "RESET". The "SUBMIT" button is highlighted with a red box.

Si no puede responder correctamente una pregunta de seguridad después de los 6 intentos, verá el mensaje: "Ha hecho demasiados intentos fallidos. Deberá esperar 30 minutos para volver a comenzar el proceso de contraseña olvidada".

Después de transcurridos 30 minutos, vuelva a comenzar el proceso de contraseña olvidada (**Forgot Password**). Si no logra responder correctamente una pregunta de seguridad después de otros 6 intentos, verá el siguiente mensaje: "Ha hecho demasiados intentos fallidos. Deberá esperar 24 horas para volver a comenzar el proceso Forgot Password (Olvidó contraseña)".

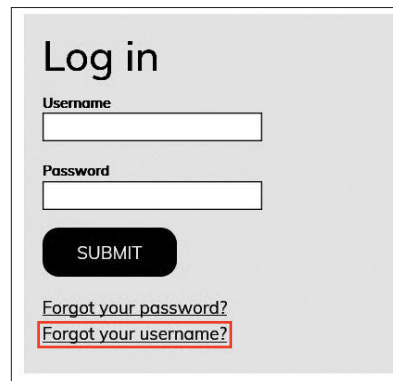
Si intenta comenzar el proceso Forgot Password (Olvidó contraseña) demasiado temprano, verá un mensaje que le pedirá que espere XX horas/minutos para volver a comenzar el proceso.

Si responde correctamente a una pregunta de seguridad, recibirá un correo electrónico en la dirección de correo electrónico que usó durante el registro. Haga clic en el enlace incluido en el correo electrónico para **Cambiar contraseña dentro de las próximas 24 horas**. Esto le llevará a la página **Reset Password** (Restablecer contraseña). Introduzca una nueva contraseña de 6 a 32 caracteres con por lo menos un carácter que no sea alfabético. Vuelva a introducir la misma contraseña y seleccione **Submit** (Enviar).

Después de 24 horas, el enlace quedará inhabilitado y tendrá que volver a comenzar el proceso de Forgot Password (Olvidó contraseña). Regresará a la página de inicio de sesión. Inicie sesión con el nombre de usuario y la nueva contraseña.

Olvidó su contraseña o nombre de usuario

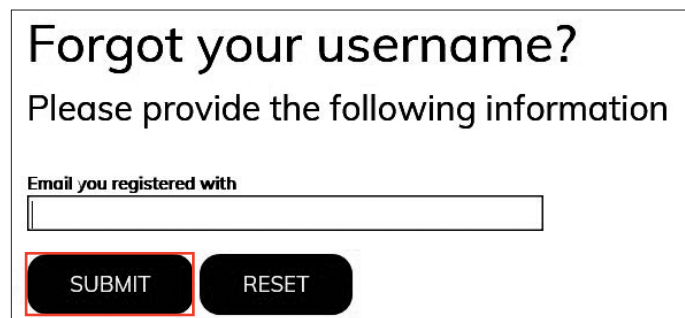
Cuando se le olvide su nombre de usuario, seleccione **Forgot your password?** (¿Olvidó su nombre de usuario?).



The screenshot shows a login form titled "Log in". It contains two input fields: "Username" and "Password". Below the fields is a "SUBMIT" button. At the bottom of the form, there are two links: "Forgot your password?" and "Forgot your username?". The "Forgot your username?" link is highlighted with a red rectangular box.

Introduzca la dirección de correo electrónico que usó para registrarse y seleccione Submit (Enviar).

Recibirá un correo electrónico con su nombre de usuario. Seleccione el enlace incluido en el correo electrónico que lo llevará de regreso al portal para iniciar sesión.



The screenshot shows a form titled "Forgot your username?". Below the title is the instruction "Please provide the following information". There is an input field labeled "Email you registered with". At the bottom of the form, there are two buttons: "SUBMIT" and "RESET". The "SUBMIT" button is highlighted with a red rectangular box.

Página principal

Una vez creada su cuenta, la próxima vez que inicie sesión irá a la **Página principal**. La página principal le presenta un tablero personal específico para su familia, denominado **My Dashboard** (Mi tablero).

The screenshot shows the EVHC My Dashboard interface. At the top left is the EVHC logo. The top right displays 'Hello Beth!' and 'Sign Out' with the user ID 'EV9273392-01'. Below the header is a navigation bar with 'Home', 'My Expenses', 'About Me', 'Messages', 'My Links', 'Family Links', and 'My Profile'. The main content area is titled 'My Dashboard' and contains several widgets: 'My benefits' (Medical, Dental, Flex, Vision), 'My costs' (Benefit year 01/01/2022 - 12/31/2022, Plan Benefits: \$424.99, My Cost: \$211.01), 'My balances' (Online Payment Manager, My Account Overview, Outstanding Balance: \$831.50, SimpleRewards Bank: \$23.24), and 'My links' (Caremark, Find a CIGNA Provider, LES SSO TEST, See My ID Card, To verify Aetna ASA providers). A 'Welcome to the EVHC demo portal for members!' message is also visible.

My benefits (Mis beneficios) muestra las coberturas que ha elegido para usted y para los miembros de su familia. Seleccione el enlace **View my benefits** (Ver mis beneficios) para ir a la página de cobertura del portal.

My costs (Mis costos) le presenta una instantánea del total de gastos para el año en curso, con los pagos del plan y su responsabilidad por los deducibles, coaseguro y copagos indicados. Seleccione el enlace **View my expenses** (Ver mis gastos) para ir a la página Claim Summary (Resumen de reclamaciones).

Aparece un **mensaje de bienvenida** en el cuadro superior derecho que podría incluir el logotipo de su empleador.

What's new (Qué hay de nuevo) muestra nueva información para compartir con usted. Según la configuración de su empleador, este mosaico podría presentar una imagen diferente cada diez segundos.

Simplicity Online Payment Manager muestra información proveniente de Simplicity. Seleccione el enlace **View my OPM Account** (Ver mi cuenta OPM) para ir a la página web de Simplicity. Nota: Este mosaico solo aparece en grupos que han elegido Simplicity OPM.*

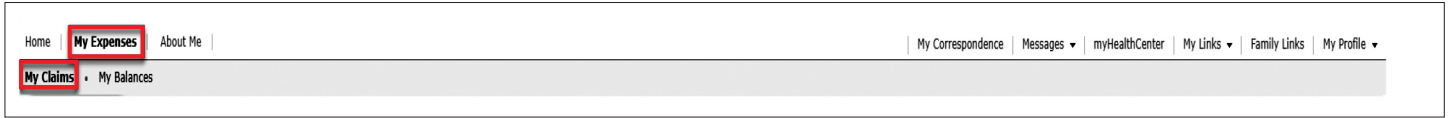
My links (Mis enlaces) muestra varios enlaces seleccionados por su empleador para que usted los use. Estos enlaces rápidos le permiten encontrar un proveedor, ver su tarjeta de identificación, etc.

*Si aparece un mensaje de error (vea ejemplos a continuación) en lugar del mosaico de Simplicity, cierre la sesión, cierre y abra el navegador Web, y vuelva a iniciar sesión en el portal. Si esto no resuelve el problema, comuníquese con el departamento de servicio al cliente de Simplicity. El número aparece en el mensaje de error.

Ver mis gastos

Seleccione la ficha **My Expenses** (Mis gastos) ubicada en la parte superior izquierda de la pantalla.

La ficha Claims (Reclamaciones) se abre de manera predeterminada en el submenú **My Claims** (Mis reclamaciones) y muestra información sobre reclamaciones por servicios médicos, dentales, de optometría, etc. bajo **Claim Summary** (Resumen de reclamaciones).

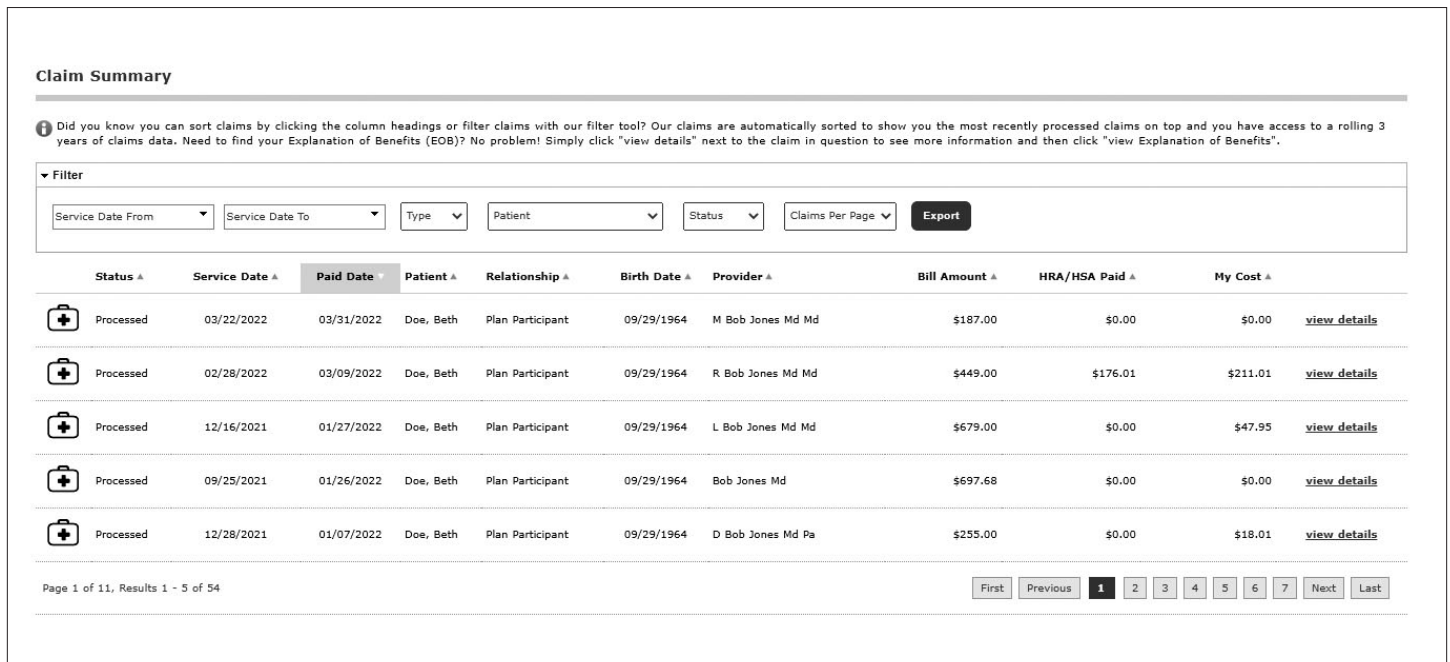


En el resumen de reclamaciones puede acceder y ver la información sobre reclamaciones de varias maneras:

El resumen de reclamaciones presenta 5, 10 o 100 reclamaciones a la vez. Cambie la cantidad de reclamaciones por página en la lista desplegable para ver más de 5 reclamaciones en una pantalla. **Para ver páginas adicionales de la información del resumen de reclamaciones**, seleccione el número de página y/o las flechas que aparecen en la parte inferior derecha de la pantalla.

Para **ordenar la información del resumen de reclamaciones**, seleccione el encabezado de cualquier columna. El color del encabezado de la columna ordenada cambia. La columna Birth Date (Fecha de nacimiento) permite distinguir entre un padre y un hijo con el mismo nombre.

Para **ver los detalles de las reclamaciones**, seleccione el enlace View details (Ver detalles).



Claim Summary

Did you know you can sort claims by clicking the column headings or filter claims with our filter tool? Our claims are automatically sorted to show you the most recently processed claims on top and you have access to a rolling 3 years of claims data. Need to find your Explanation of Benefits (EOB)? No problem! Simply click "view details" next to the claim in question to see more information and then click "view Explanation of Benefits".

Filter

Service Date From: Service Date To: Type: Patient: Status: Claims Per Page: Export

Status	Service Date	Paid Date	Patient	Relationship	Birth Date	Provider	Bill Amount	HRA/HSA Paid	My Cost	
Processed	03/22/2022	03/31/2022	Doe, Beth	Plan Participant	09/29/1964	M Bob Jones Md Md	\$187.00	\$0.00	\$0.00	view details
Processed	02/28/2022	03/09/2022	Doe, Beth	Plan Participant	09/29/1964	R Bob Jones Md Md	\$449.00	\$176.01	\$211.01	view details
Processed	12/16/2021	01/27/2022	Doe, Beth	Plan Participant	09/29/1964	L Bob Jones Md Md	\$679.00	\$0.00	\$47.95	view details
Processed	09/25/2021	01/26/2022	Doe, Beth	Plan Participant	09/29/1964	Bob Jones Md	\$697.68	\$0.00	\$0.00	view details
Processed	12/28/2021	01/07/2022	Doe, Beth	Plan Participant	09/29/1964	D Bob Jones Md Pa	\$255.00	\$0.00	\$18.01	view details

Page 1 of 11, Results 1 - 5 of 54

First Previous 1 2 3 4 5 6 7 Next Last

Si tiene un HRA (Acuerdo de reembolso de gastos médicos) integrado con nosotros, también podrá ver el pago HRA hecho en una reclamación.





Ver mis gastos

Para **filtrar la información del resumen de reclamaciones**, seleccione la función **Filter** (Filtrar) (en la esquina superior izquierda) para expandir la sección Claim Summary (Resumen de reclamaciones). A continuación seleccione los criterios para el filtro: fecha del servicio, tipo de reclamación (médica, dental, de optometría, etc.), nombre del paciente o estado de la reclamación (abierta, procesada) o reclamaciones por página (5, 10 o 100). Para eliminar un filtro, seleccione la X azul que aparece encima de la función Filter and Export (Filtrar y exportar).

Seleccione el botón **Export** (Exportar) para crear un archivo de Excel con una lista de reclamaciones (lista filtrada y no filtrada).

Aparece un ícono delante de frente al encabezado de columna Status (Estado) para indicar si la reclamación es médica, dental, de optometría o de gastos flexibles.

My benefits

-  **Medical**
Covered: Beth, James
-  **Dental**
Covered: Beth, James
-  **Flex**
Covered: Beth
-  **Vision**
Covered: Beth, James

Ve información detallada sobre la reclamación:

- Cargos facturados
- Descuentos
- Otros ajustes y pagos del plan
- Montos no elegibles
- Copago
- Deducible
- Coaseguro
- Pago de beneficios
- Pago HRA/HSA (aparece esta columna si su empleador ofrece un plan HRA/HSA integrado con nosotros).
- Códigos de motivo vinculados a la reclamación. (En “Reason Code Descriptions” aparecen las descripciones de los códigos de razón).
- Estado de la reclamación:
- Se han recibido reclamaciones abiertas pero no se ha completado su procesamiento. Por lo tanto, los detalles disponibles son limitados: cargos facturados, fecha del servicio. Las reclamaciones abiertas no tienen una opción para Ver la EOB.
- Las reclamaciones procesadas se han completado y podrían ser pagadas, corregidas o rechazadas o quedar pendientes.
- Las reclamaciones estimadas corresponden a estimaciones previas al tratamiento dental.

Claim Details													
Claim #: 03002-947-96		Coverage Type: Medical		View explanation of benefits Ask a question about this claim									
Plan Participant: Beth Doe		Patient: Beth Doe		Provider: R. Bob Jones MD MD									
Line#	Service	Service Date	Billed	Discount	Adjustments	Other Plan Payment	Ineligible	Co-Pay	Deductible	Co-Ins	Benefit Payment	HRA/HSA Reason Payment Codes	Status
1	99214-Office Visit	02/28/2020	\$159.00	\$34.25	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$89.75	\$0.00	Processed
2	20610-Surgery	02/28/2020	\$136.00	\$44.74	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$91.26	\$0.00	\$0.00	\$91.26	MCY	Processed
3	73010-X-Ray	02/28/2020	\$54.00	\$17.52	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$36.48	\$0.00	\$0.00	\$36.48	MCY	Processed
4	73030-X-Ray	02/28/2020	\$52.00	\$11.77	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$40.23	\$0.00	\$0.00	\$40.23	MCY	Processed
5	J3301-Injection	02/28/2020	\$49.00	\$39.96	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$8.04	\$0.00	\$0.00	\$8.04	MCY	Processed
Total:			\$449.00	\$149.24	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$33.00	\$176.01	\$0.00	\$89.75	\$176.01	
Payment Information:													
Line#	Paid Date	Provider Payment Number	Provider Payment Amount	Plan Participant Payment Number	Plan Participant Payment Amount								
1	03/09/2020	235034	\$89.75		\$0.00								
2	03/09/2020		\$0.00		\$0.00								
3	03/09/2020		\$0.00		\$0.00								
4	03/09/2020		\$0.00		\$0.00								
5	03/09/2020		\$0.00		\$0.00								
Reason Code Descriptions:													
Reason Code	Reason Code Description												
MCY	Patient Not Responsible												
Close													

Si tiene alguna pregunta sobre esta reclamación, seleccione **Ask a question about this claim** (Hacer una pregunta sobre esta reclamación) para enviar un mensaje a Servicio al Cliente. Recibirá un mensaje cuando la pregunta se haya enviado con éxito. Debería recibir respuesta dentro de 1 o 2 días laborables.

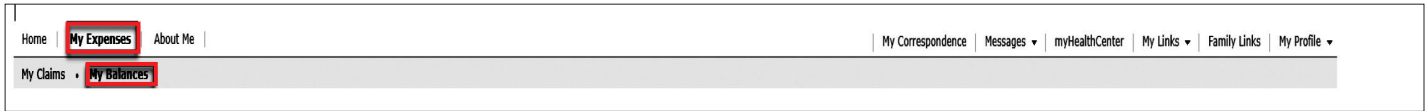
Seleccione **View Explanation of Benefits** (Ver explicación de beneficios) para ver una imagen de la Explicación de Beneficios. Podría tomar entre 1 y 2 días tras procesarse una reclamación para poder mostrar una imagen de la Explicación de beneficios.

Ver mis saldos

Vea la información del saldo para determinar cuánto de deducible o de gastos de su bolsillo se ha acumulado para cada miembro de la familia. Esta información se actualiza todas las noches.

Seleccione la ficha **My Expenses** (Mis gastos) ubicada en la parte superior izquierda de la pantalla. Seleccione el submenú **My Balances** (Mis saldos).

My Balances (Mis saldos) muestra los acumuladores de gastos deducibles y gastos de bolsillo en lo que va de año para los miembros y los familiares.



Puede ver información adicional sobre beneficios para el año actual y para el año anterior. Para **cambiar el año de beneficios**, seleccione el **Benefit Year** (Año de beneficios) que aparece en la parte superior izquierda de la página y seleccione el año del plan: **Current** (Actual) o **Previous** (Anterior).

Para **ver páginas adicionales de la información del acumulador**, seleccione el número de página y/o las flechas que aparecen en la parte inferior derecha de la sección.

Para **ordenar la información del acumulador**, seleccione cualquiera de los encabezados de columna en la sección.

Para **filtrar la información del acumulador**, seleccione la función **Filter** (Filtrar) (en la esquina superior izquierda) para expandir la sección. Los datos del acumulador se pueden filtrar por tipo de cobertura (médica, dental, etc.).

My Balances

Benefit Year: Current: 01/01/2022 - 12/31/2022 ▼

Year to Date Deductibles

Use the arrows in the column headings to sort the information contained in the specific column.

Benefit Year: 01/01/2022 - 12/31/2022

Filter
 Coverage: Medical

Patient Name ▲	Begin Date ▲	End Date ▲	Description ▲	Maximum Amount ▲	Met Amount ▲	Balance ▲
Doe, Beth	01/01/2022	12/31/2022	Domestic Deductible	\$1,200.00	\$176.01	\$1,023.99
Doe, Beth	01/01/2022	12/31/2022	Network Deductible	\$2,000.00	\$176.01	\$1,823.99
Doe, Beth	01/01/2022	12/31/2022	Non-Network Deductible	\$5,000.00	\$0.00	\$5,000.00
Family	01/01/2022	12/31/2022	Domestic Deductible	\$2,400.00	\$176.01	\$2,223.99
Family	01/01/2022	12/31/2022	Network Deductible	\$4,000.00	\$176.01	\$3,823.99
Family	01/01/2022	12/31/2022	Non-Network Deductible	\$10,000.00	\$0.00	\$10,000.00

Out of Pocket Expenses

Use the arrows in the column headings to sort the information contained in the specific column.

Benefit Year: 01/01/2022 - 12/31/2022

Filter
 Coverage: Medical

Patient Name ▲	Begin Date ▲	End Date ▲	Description ▲	Maximum Amount ▲	Met Amount ▲	Balance ▲
Doe, Beth	01/01/2022	12/31/2022	Domestic Out Of Pocket	\$3,000.00	\$211.01	\$2,788.99
Doe, Beth	01/01/2022	12/31/2022	Network Out Of Pocket	\$5,000.00	\$211.01	\$4,788.99
Family	01/01/2022	12/31/2022	Domestic Out Of Pocket	\$6,000.00	\$211.01	\$5,788.99
Family	01/01/2022	12/31/2022	Network Out Of Pocket	\$10,000.00	\$211.01	\$9,788.99

Ver acerca de mí


Vea información de inscripción de los miembros, inclusive información demográfica personal e información del plan.


Seleccione la ficha **About Me** (Acerca de mí) ubicada en la parte superior izquierda de la pantalla. Se abre la sección **About Me** (Acerca de mí) y muestra de manera predeterminada el submenú About Me.




Aparece la sección My Summary (Mi resumen). Para ver miembros adicionales, seleccione el número de página y/o las flechas que aparecen en la parte inferior derecha de la sección.

Es posible que haya iconos asociados con algunos miembros de la familia para indicar el acceso a información:

 **Full Family Access** (Acceso familiar completo) para permitir que otro miembro de la familia vea la información sobre reclamaciones y la información de inscripción de cada miembro de la familia.

 **Full Lock** (Bloqueo completo) indica que ningún otro miembro de la familia tiene acceso a la información de este miembro.

 **Partial Lock** Lock (Bloqueo parcial) indica que solo el participante del plan y este miembro tienen acceso al registro del miembro.

Para el bloqueo total o parcial, se debe presentar la documentación de privacidad adecuada a EVHC

Member ID ▲	Family Member ▲	Relationship ▲	Date of Birth ▲
X29273392-01	Doe, Beth	Plan Participant	09/29/1964
	Doe, Josh 	Spouse	06/16/1959
X29273392-03	Doe, Jennifer	Dependent	01/16/1990
X29273392-04	Doe, James	Dependent	03/19/1993

Para otorgarle **Full Family Access** (Acceso familiar completo), el empleado hace clic en el nombre de un miembro adulto de la familia.

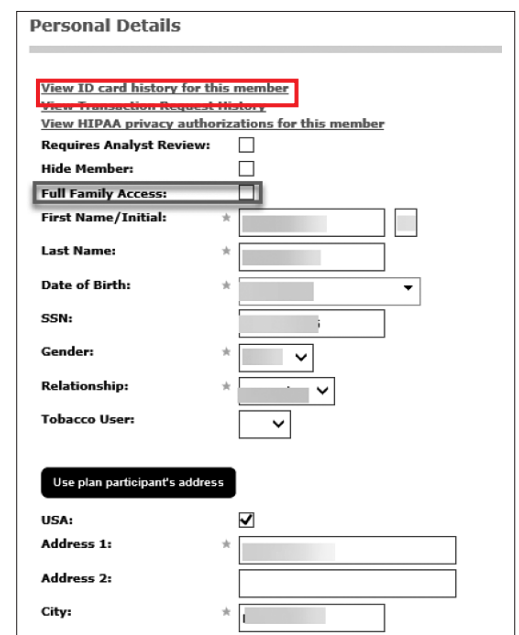
Seleccione **Edit** (Editar).

En 'Personal Details' (Datos personales), marque la casilla **Full Family Access**.

Seleccione **Save** (Guardar).

Full Family Access (Acceso familiar completo) significa que el miembro puede ver la información sobre reclamaciones o información de inscripción de cualquier miembro de la familia incluido en el plan.

El participante del plan puede cambiar el acceso del miembro de la familia en cualquier momento y eliminar el 'Full Family Access' (Acceso familiar completo), para lo cual bastará con desmarcar la casilla correspondiente.



The screenshot shows the 'Personal Details' form with the following fields and options:

- [View ID card history for this member](#) (highlighted in red)
- [View Transaction Request History](#)
- [View HIPAA privacy authorizations for this member](#)
- Requires Analyst Review:
- Hide Member:
- Full Family Access:**
- First Name/Initial: *
- Last Name: *
- Date of Birth: *
- SSN: *
- Gender: *
- Relationship: *
- Tobacco User: *
- Use plan participant's address:
- USA:
- Address 1: *
- Address 2: *
- City: *

Ver acerca de mí

La información personal del miembro se muestra en la sección **Personal Details** (Detalles personales). Los detalles personales del participante del plan son los detalles predeterminados, a menos que se haya seleccionado el nombre de otro miembro de la familia en el resumen de miembro.

Personal Details

[View ID card history for this member](#)
[Ask a question about this member](#)

First Name/Initial: Beth
Last Name: Doe
Date of Birth: 09/29/1964
SSN: ***-**-5731
Gender: Female
Marital Status:
Tobacco User:

USA:
Address 1: 85 W Street Lane
Address 2:
City: Small Town
State: OH **ZIP Code:** 12345

Work Phone/Extension:
Home Phone:

Employment Information
Employer: ABC COMPANY
Date of Hire: 07/01/2002
Location/Division: - LOCATION BT
Salary Effective Date:
Annual Salary:

Preferred Communication Details

Email Address:
Mobile Phone:
Alternate Phone:

Select the information below that you would like to receive electronically.

By checking these box(es), I agree to receive information about services and programs available to me under my group health benefit plan sent to me electronically. By marking "Yes", I request that Trustmark Health Benefits and its vendors send me electronic communications about services and programs available through my health benefit plan via email or text based on the preferences I have selected. My consent can be withdrawn at any time, free of charge, by returning to the About Me screen and changing my preference for communications. There is no requirement that I agree to receive these messages as a condition of receiving benefits or purchasing any noneriv. goods or services. I agree and understand

Yes, I request to receive my Explanation of Benefit Statements (EOBs) notifications electronically via email.

To ensure your emails are not going to your SPAM/JUNK folder, please add SendEmail@EchoHealthInc.com to your address book for your Explanation of Benefits (EOBs) notification emails.

Seleccione **View my ID card history** (Ver el historial de mi tarjeta de identificación) para generar un historial de solicitudes de tarjetas de identificación, con fechas de impresión y de envío por correo postal.

View ID Card History		
Requested Date	Printed Date	Mailed Date
09/30/2022	09/30/2022	10/03/2022

Seleccione **Ask a question about this member** (Haga una pregunta sobre este miembro) para enviar un mensaje del portal al equipo de inscripción.

Hay un número limitado de campos que usted puede editar, como los detalles sobre sus preferencias de comunicación. Para hacerlo, seleccione el miembro de la familia en Member Summary (Resumen de miembro). Seleccione **Edit** (Editar).

Ver acerca de mí

Detalles sobre preferencias de comunicación

Las preferencias para la recepción de **Explicaciones de Beneficios (EOB)** electrónicas y otras notificaciones se establecen en **Preferred Communication Details** (Detalles sobre preferencias de comunicación) bajo el nombre del participante del plan.

Las ventajas de recibir electrónicamente las EOB son las siguientes:

- Notificación inmediata cuando se emite una EOB
- No hay que esperar la entrega por correo
- No hay riesgo de que otros vean su información médica
- Reduce el uso de papel
- Fácil acceso para volver a revisar en la cuenta de correo electrónico o en el portal a medida que se reciben las facturas de los proveedores.
- En la sección Preferred Communication Details (Detalles sobre preferencias de comunicación), introduzca una dirección de correo electrónico y un número de teléfono móvil u otro número de teléfono.
- Seleccione la información que desearía recibir electrónicamente.

Para cambiar sus detalles de comunicación en cualquier momento siga el mismo proceso. Después de hacer sus selecciones, seleccione Save (Guardar).

Personal Details

[View ID card history for this member](#)

[Ask a question about this member](#)

First Name/Initial: Beth
Last Name: Doe
Date of Birth: 09/29/1964
SSN: ***-**-5731
Gender: Female
Marital Status:
Tobacco User:

USA:
Address 1: 85 W Street Lane
Address 2:
City: Small Town
State: OH **ZIP Code:** 12345

Work Phone/Extension:
Home Phone:

Employment Information

Employer: ABC COMPANY
Date of Hire: 07/01/2002
Location/Division: - LOCATION BT
Salary Effective Date:
Annual Salary:

Preferred Communication Details

Email Address:
Mobile Phone:
Alternate Phone:

Select the information below that you would like to receive electronically.

By checking these box(es), I agree to receive information about services and programs available to me under my group health benefit plan sent to me electronically. By marking "Yes", I request that Trustmark Health Benefits and its vendors send me electronic communications about services and programs available through my health benefit plan via email or text based on the preferences I have selected. My consent can be withdrawn at any time, free of charge, by returning to the About Me screen and changing my preference for communications. There is no requirement that I agree to receive these messages as a condition of receiving benefits or purchasing any property, goods, or services. I agree and understand

Yes, I request to receive my Explanation of Benefit Statements (EOBs) notifications electronically via email.

To ensure your emails are not going to your SPAM/JUNK folder, please add SendEmail@EchoHealthInc.com to your address book for your Explanation of Benefits (EOBs) notification emails.

Ver acerca de mí

Avisos sobre COBRA

El enlace **Documents** (Documentos) en la ficha **About Me** (Acerca de mí) muestra cartas de avisos sobre COBRA específicas para cada miembro si administramos los beneficios de COBRA para el respectivo empleador. La carta de oferta de cobertura de COBRA se genera automáticamente para un exempleado cuando termina su período de elegibilidad.

Seleccione **Documents** (Documentos) en la ficha **About Me** (Acerca de mí).

The screenshot shows a web interface with a navigation bar at the top containing 'Home', 'My Expenses', 'About Me', 'My Correspondence', 'Messages', 'My Links', 'Family Links', and 'My Profile'. Below the navigation bar, the 'About Me' section is active, with sub-tabs for 'My Benefits', 'My Family', and 'Documents'. The 'Documents' tab is highlighted. The main content area is titled 'Personal Details' and contains a 'Refresh' button, a link to 'View ID card history for this member', and a link to 'Ask a question about this member'. There are several form fields for personal information: First Name/Initial, Last Name, Date of Birth, SSN, Gender, Relationship, Tobacco User, USA (checkbox), Address 1, Address 2, City, State, and ZIP Code. There are also fields for Work Phone/Extension and Home Phone. An 'Edit' button is located at the bottom left. To the right, the 'Preferred Communication Details' section includes an 'Email Address' field with the value 'email cvb@email.com', and fields for 'Mobile Phone' and 'Alternate Phone'. A message below these fields states 'Member has not responded.'

Si hay documentos disponibles, aparecerá una lista de ellos en **Documents Summary** (Resumen de documentos). Si no hay documentos, indicará **"No documents to display"** ("No hay documentos que mostrar").

Seleccione **View** (Vista) para ver el documento.

The screenshot shows the 'Documents Summary' page. The navigation bar is the same as in the previous screenshot. The 'Documents' tab is still selected. The main content area is titled 'Documents Summary' and contains a table with the following data:

Member Name	Document Type	Document Name	
	COBRA Notice	COBRA Notice 10-06-2022	View

A 'Site Map' link is visible in the bottom right corner.

Ver mis beneficios

Seleccione la ficha **About Me** (Acerca de mí) ubicada en la parte superior izquierda de la pantalla.

Seleccione el submenú **My Benefits** (Mis beneficios).



En la sección **My Summary** (Mi resumen), seleccione el nombre del miembro para mostrar el historial de cobertura del miembro.

Member ID ▲	Family Member ▲	Relationship ▲	Date of Birth ▲
X29273392-01	Doe, Beth	Plan Participant	09/29/1964
	Doe, Josh	Spouse	06/16/1959
X29273392-03	Doe, Jennifer	Dependent	01/16/1990
X29273392-04	Doe, James	Dependent	03/19/1993

El historial de cobertura del miembro se muestra en la sección **Coverage** (Cobertura) que aparece a continuación.

Location/Division ▲	Benefit Plan ▲	Network ▲	Effective Date	Termination Date ▲	Medical	Dental	Flex Health Care	HRA	Vision	Details	Termination Reason ▲
- LOCATION BT	Choice Plan w/Optional Coverages	ABC PROVIDER NETWORK	01/01/2020		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
- LOCATION BT	Exclusive Plan w/Optional Coverages	ABC HEALTH + ABC HEALTH	01/01/2019	12/31/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
- LOCATION BT	Exclusive Plan w/Optional Coverages	ABC HEALTH + ABC HEALTH	01/01/2018	12/31/2018	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Benefit Package Changed
- LOCATION AW		ABC HEALTH + ABC HEALTH	01/01/2016	12/31/2017						MED HEC DNT V11 HRA	Initial Enrollment

Revise la información de beneficios, incluida la ubicación o división, la descripción del plan de beneficios, la red, las fechas de entrada en vigencia y de terminación, el tipo de cobertura y el motivo de la terminación.

- **Para ordenar el historial de cobertura**, seleccione cualquier encabezado de columna en la sección.
- **Para filtrar el historial de cobertura**, seleccione la función **Filter** (Filtrar) (en la esquina superior izquierda) para expandir la sección. El historial de cobertura se puede filtrar por fecha de entrada en vigencia, fecha de terminación y tipo de cobertura. Para eliminar un filtro, seleccione la X azul que está encima de la función Filter (Filtro).

Location/Division ▲	Benefit Plan ▲	Network ▲	Effective Date	Termination Date ▲	Medical	Dental	Flex Health Care	HRA	Vision	Termination Reason ▲
- LOCATION BT	Choice Plan w/Optional Coverages	ABC PROVIDER NETWORK	01/01/2019		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
- LOCATION BT	Exclusive Plan w/Optional Coverages	ABC HEALTH + ABC HEALTH	01/01/2018	12/31/2018	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
- LOCATION BT	Exclusive Plan w/Optional Coverages	ABC HEALTH + ABC HEALTH	01/01/2017	12/31/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Benefit Package Changed

Ver mi familia

La página **My Family** (Mi familia) presenta una descripción general de la información de inscripción de toda la familia. Seleccione la ficha **About Me** (Acerca de mí) ubicada en la parte superior izquierda de la pantalla.

Seleccione el submenú **My Family** (Mi familia). Se abre la página del resumen familiar.



Revise el resumen familiar.

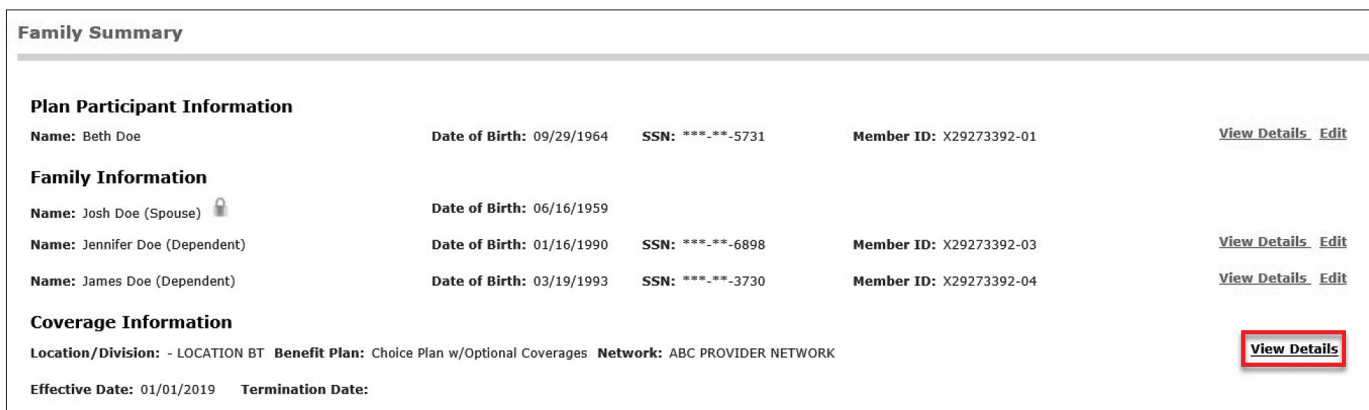
Para **ampliar la información**, Seleccione **View Details** (Ver detalles).

Seleccione **Edit** (Editar) para hacer un cambio en los datos personales de cualquier miembro de la familia.

A screenshot of the 'Family Summary' page. It displays information for a plan participant (Beth Doe) and three family members (Josh Doe, Jennifer Doe, and James Doe). Each member's record includes their name, date of birth, SSN, and member ID. Action links for 'View Details' and 'Edit' are provided for each member. The 'Edit' link for Beth Doe is highlighted with a red box. The 'View Details' link for Jennifer Doe is also highlighted with a red box. The 'Coverage Information' section shows plan details and a 'View Details' link. The 'Flexible Spending Account Information' section indicates 'No FSA Information'.

Si tiene una cuenta de gastos flexibles a través de nosotros y de su empleador, puede seleccionar **View Details** (Ver detalles) para revisar sus deducciones y la información de su cuenta (si se le ofreció y eligió el depósito directo).

Si su plan exige tener un médico de cuidado primario (PCP) en nuestros registros, seleccione **View Details** al lado de **Coverage Information** (Información de cobertura) para consultar su elección de PCP actual.

A screenshot of the 'Family Summary' page, similar to the one above but with a different effective date (01/01/2019). The 'View Details' link in the 'Coverage Information' section is highlighted with a red box.

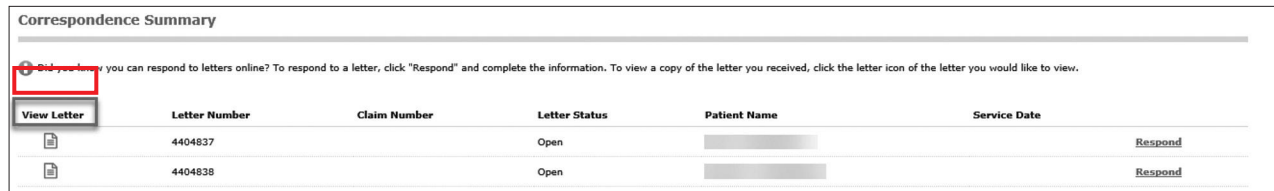
Ver correspondencia

En la ficha **My Correspondence** (Mi correspondencia), usted podrá ver la correspondencia que se le haya enviado y responder a través de nuestro portal. La correspondencia que reciba podrá incluir, por ejemplo, cartas sobre los detalles del accidente relacionado con una reclamación, coordinación de beneficios con otros seguros y actualizaciones del estado del estudiante. Cuando exista una nueva correspondencia a la que no haya respondido, aparecerá una alerta en el tablero al iniciar sesión en el portal.

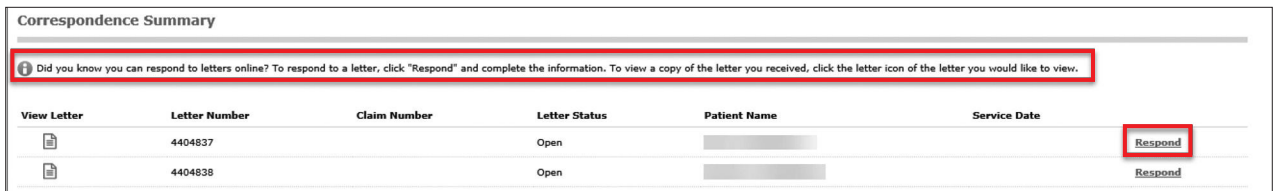


Cuando seleccione la ficha **My Correspondence** (Mi correspondencia), aparecerá el **Correspondence Summary** (Resumen de correspondencia). El mismo incluirá el número de carta, el número de reclamación, el estado de la carta, el nombre del paciente y la fecha del servicio.

Seleccione el enlace **View Letter** (Ver carta) para ver una imagen de la carta que se le envió por correo.



Para responder una carta, seleccione el enlace **"Respond"** (Responder) de la carta correspondiente.



Ver correspondencia

Después de que usted seleccione responder la carta, se mostrarán preguntas específicas de la carta que está respondiendo. Según la manera como responda las preguntas, es posible que se habiliten o sean obligatorias preguntas adicionales.

The screenshot shows the 'Correspondence Details' form. At the top, there is a 'View Letter' button and fields for 'Claim #', 'Patient', and 'Provider' (SYED A SAFDAR MD). Below this is a navigation bar with six steps: 1. Coordination of Benefits, 2. Other Medical Coverage, 3. Government Coverage, 4. Dependent Child, 5. Other Dental Coverage, and 6. Confirm & Submit!. The main content area contains three questions with dropdown menus: 'At the time these services were rendered, was the patient or any eligible family member covered by any other group insurance plan or government plan?', 'Medical', and 'Dental'. At the bottom right, the 'Next' button is highlighted with a red box.

Seleccione el botón **Next** (Siguiete) para continuar con las preguntas.

The screenshot shows the 'Correspondence Details' form with the 'Submit' button highlighted. The 'Provider' field now shows 'CHRISTOPHER S STREFF DDS'. The navigation bar is the same. The main content area includes a certification checkbox 'I certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge' (checked), an 'Electronic Signature' field with 'Susan XXXX', an email address field, an 'Add attachments' field with a 'Browse...' button, and an 'Additional Information' section with a note: 'Please include a copy of the portion of the document stating who is responsible for the child's health care coverage when responding to this letter.' At the bottom right, the 'Submit' button is highlighted with a red box.

Una vez que haya respondido la última pregunta, verifique que los datos sean correctos, agregue una firma electrónica y seleccione **Submit** (Enviar). ¡Su carta habrá sido enviada! Puede iniciar sesión en cualquier momento para ver su historial de cartas, incluyendo la fecha en que respondió y las respuestas que dio a cada pregunta.

Mensajes

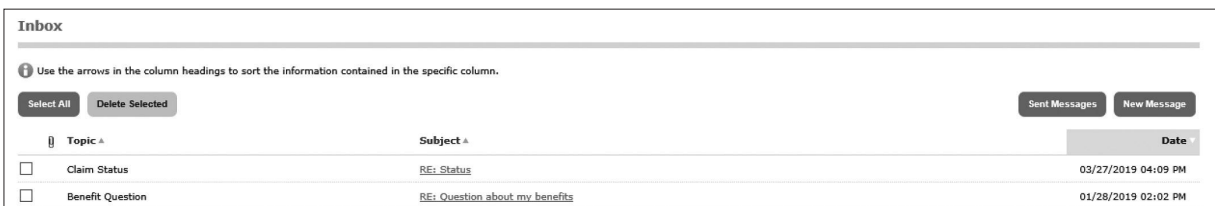
La ficha **Messages** (Mensajes) le permite enviar mensajes o hacer preguntas sobre reclamaciones o elegibilidad a Servicio al Cliente. Los mensajes se mantienen protegidos mediante las características de seguridad del portal. Usted recibirá una notificación por correo electrónico de que se ha recibido un mensaje, tras lo cual podrá iniciar sesión en Messages (Mensajes) para ver la respuesta.

Seleccione la ficha **Messages** (Mensajes) ubicada en la parte superior derecha de la pantalla.



Podrá ver todos los mensajes enviados o recibidos por el nombre de usuario que usó para iniciar sesión. Esto significa que no podrá ver los mensajes enviados o recibidos por otro miembro de la familia que haya creado un nombre de usuario.

Si no hay mensajes entrantes, se le indicará que la lista de mensajes está vacía.



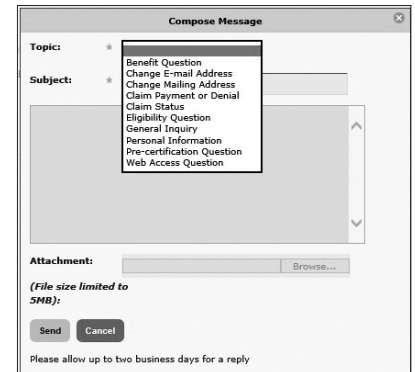
- Para **ver un mensaje**, seleccione el asunto del mensaje.
- Para **eliminar mensajes**, seleccione la casilla de selección que aparece a la izquierda de los mensajes que desea eliminar. A continuación, seleccione **Delete Selected** (Eliminar los seleccionados).

Para enviar un mensaje:

Seleccione **New Message** (Mensaje nuevo) en la ficha desplegable **Messages** (Mensajes) o seleccione el botón **Mensaje nuevo** ubicado encima de su bandeja de entrada. Aparecerá la ventana emergente **Compose Message** (Redactar mensaje).

Seleccione el tema en la lista desplegable y escriba un asunto. Introduzca el mensaje.

Se puede incluir documentación con el mensaje, cuando corresponda. Para incluir documentación, seleccione **Browse** (Navegar) mostrado a la derecha de Attachment (Adjunto). Aparecerá una ventana emergente donde podrá explorar los archivos. Navegue hasta el archivo deseado, selecciónelo y seguidamente seleccione **Open** (Abrir). El tamaño máximo de cada archivo es 5 MB. Seleccione **Send** (Enviar).



Para presentar una reclamación:

Siga las instrucciones antes descritas bajo "To send a message" (Para enviar un mensaje), elija **General Inquiry** (Consulta general en el menú desplegable Topic (Tema)).

En la línea de asunto introduzca **"Member Claim Submission"** (Envío de reclamación de miembro).

En el cuerpo del mensaje, escriba **"Attached is a claim form for the (MEMBER'S NAME)'s services for (DATES) with (PROVIDER NAME) ("Se adjunta un formulario de reclamación por servicios prestados a (NOMBRE DEL MIEMBRO) con (NOMBRE DEL PROVEEDOR) con fechas (FECHAS). Please reimburse (ME DIRECTLY/THE PROVIDER) (Sírvese enviar el reembolso [A MÍ DIRECTAMENTE/AL PROVEEDOR]). I have attached the claim form, the itemized statement, proof of payment and, if applicable, medical records" (Adjunto el formulario de reclamación, la declaración detallada, el comprobante de pago y, si corresponde, los registros médicos)".**

A continuación, adjunte todos los archivos aplicables de la lista anterior y seleccione **Send** (Enviar).

Mensajes

Para responder un mensaje:

En la bandeja de entrada, seleccione el asunto del mensaje. Seleccione **Reply (Responder)**. Aparece el asunto original en el cuadro Subject (Asunto) con **RE** para responder.

Agregue el mensaje en el cuadro superior y seleccione **Send** (Enviar).



Compose Message

Topic: Change Mailing Address

Subject: ★
RE: test

Attachment: No file chosen

(File size limited to 5MB):

Subject: test

Date: 01/29/2021

Dear ,

Thank you for your inquiry.

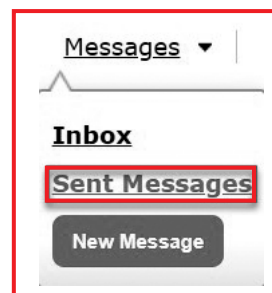
Should you have any further questions regarding this matter, please respond to this message or contact our Customer Service Department at

Sincerely,

Please allow up to two business days for a reply.

Para ver los mensajes que ha enviado:

Seleccione **Sent Messages** (Mensajes enviados) en la ficha desplegable **Messages** (Mensajes) o seleccione el botón **Sent Messages** (Mensajes enviados) ubicado encima de su bandeja de entrada.



myHealthCenter

El **myHealthCenter** le brinda acceso a una gran cantidad de información relacionada con la salud: Hágase una evaluación de riesgos de salud (HRA), lea interesantes artículos, use puntos de seguimiento o use asesoramiento para la salud, si es elegible.

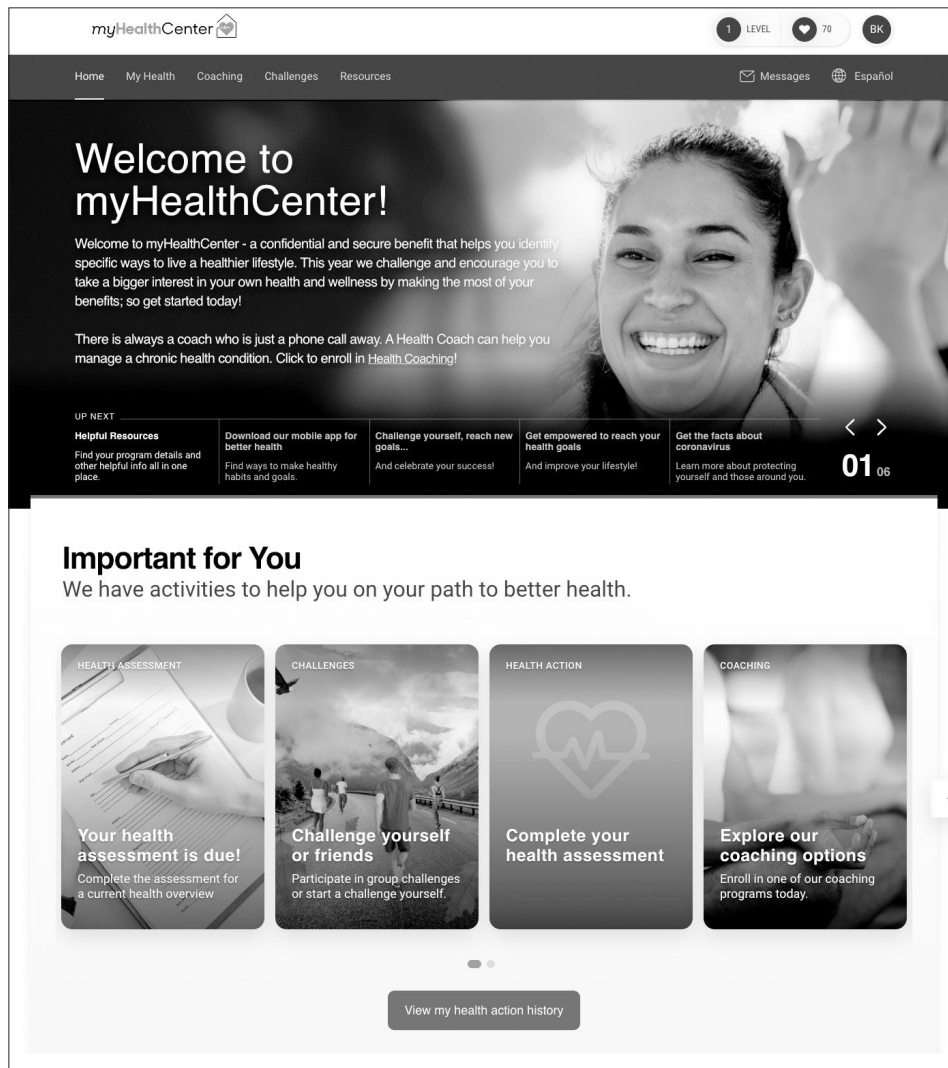
Seleccione la ficha **myHealthCenter** ubicada en la parte superior derecha de la pantalla. Se abre **myHealthCenter**.



Revise la política de privacidad y los términos de uso. Seleccione **Accept** (Acepto) para entrar en el **myHealthCenter**.

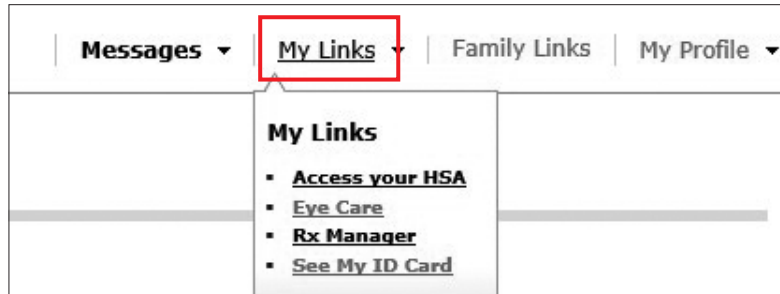
Suscríbase para recibir sugerencias por correo electrónico. Seleccione la casilla de selección **“I want to receive daily health, fitness and nutrition tips”** para indicar que desea recibir sugerencias diarias de salud, acondicionamiento físico y nutrición.

Al usar los enlaces que aparecen en este sitio, usted podrá acceder a recursos relacionados con la salud, como saludables recetas, información de salud, establecimiento de metas, etc. Los enlaces podrían variar según los programas de salud que ofrezca su empleador.



Mis enlaces

La ficha **My Links** (Mis enlaces) le proporciona acceso rápido y fácil a información para encontrar un proveedor, documentos del plan, etc. Seleccione la ficha desplegable **My Links** (Mis enlaces) ubicada en la parte superior derecha de la pantalla. Se abre una lista de enlaces.



Seleccione el enlace que necesite. Algunos enlaces, como Find a Provider (Buscar un proveedor), podrían enviarlo a otro sitio para encontrar proveedores PPO. La lista de enlaces varía según cómo su empleador haya configurado el portal.

Los enlaces asociados con registros del plan, como la red PPO, paquetes de beneficios y tipos de cobertura (médica, dental, etc.), se muestran según la cobertura efectiva). Si usted o su grupo han terminado con nosotros, los enlaces relacionados con su cobertura aparecerán según su última fecha de cobertura. Por ejemplo, si su última fecha de cobertura fue el 31 de diciembre de 2023, el resumen de beneficios, la búsqueda de proveedores, el **myHealthCenter**, los documentos del plan, etc. mostrados corresponderán al plan que tenía en esa fecha. Podrá todavía revisar la información sobre reclamaciones y la información de inscripción en el portal después de la terminación.

Mis enlaces

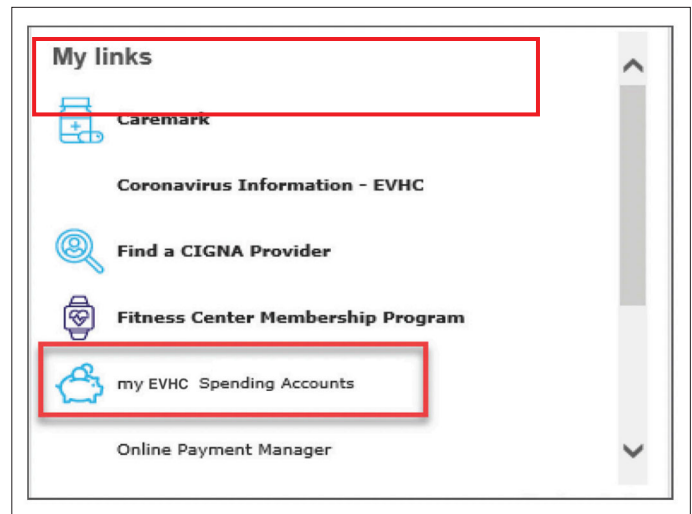
Acceda a Spending Accounts (Cuentas de gastos) a través de My Links (Mis enlaces)

Hay un portal independiente para **acceso a beneficios Flex o HRA** disponible para miembros inscritos con cuentas de gastos myEVHC, accesible desde la sección **My Links** (Mis enlaces). El enlace a las cuentas de gastos myEVHC aparecerá en el cuadro

My Links (Mis enlaces) de **My Dashboard** (Mi tablero) con un icono de alcancía.

El enlace a las cuentas de gastos de myEVHC también se puede acceder al seleccionar la opción **My Links** (Mis enlaces) en la función superior y seleccionar la opción **myEVHC Spending Accounts** (Cuentas de gastos myEVHC).

Al seleccionar el enlace se le dirigirá automáticamente al portal de **myEVHC Spending Accounts** (Cuentas de gastos myEVHC); no se requieren credenciales. Para obtener más información sobre el uso del portal myEVHC Spending Accounts (Cuentas de gastos myEVHC) consulte la **Guía de inicio rápido del portal del consumidor**.



Enlaces de la familia

La ficha **Family Links** (Enlaces para la familia) le proporciona acceso rápido y fácil a información a cada miembro de la familia para encontrar un proveedor, documentos del plan, etc.

Seleccione la ficha desplegable **Family Links** (Enlaces para la familia) ubicada en la parte superior derecha de la pantalla.

Se abrirá una página con los enlaces de todos los miembros de la familia que no estén completamente bloqueados si usted es el participante del plan. Si usted es cónyuge o familiar dependiente, verá los enlaces de otros miembros de la familia solo si se le ha asignado 'Full Family Access' (Acceso familiar completo).

Los enlaces son específicos de la cobertura de cada miembro de la familia. Por ejemplo, si algunos miembros de la familia no tienen cobertura médica a través del plan, no tendrán el enlace para buscar un proveedor.



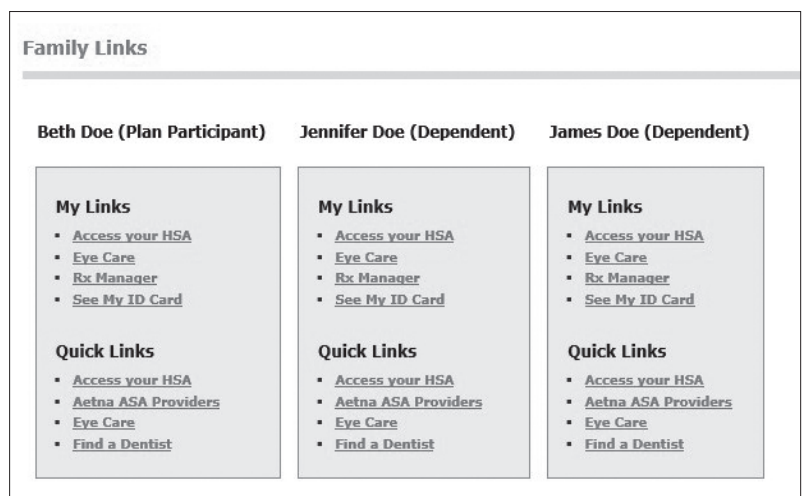
Los enlaces que redirigen al usuario a un sitio web externo están identificados con un icono de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o ADA (The Americans with Disabilities Act).



Los lectores de pantallas usados por personas con problemas de la vista leerán este ícono y le indicarán a los usuarios que están abandonando el sitio web actual. Esta función está disponible previa solicitud del grupo y requiere que se agregue el icono a la configuración del portal del grupo.

Seleccione el enlace que necesita para un miembro de la familia específico. Algunos enlaces, como Find a Provider (Buscar un proveedor), podrían enviarlo a otro sitio para encontrar proveedores PPO. La lista de enlaces varía según cómo su empleador haya configurado el portal.


Los enlaces asociados con registros del plan, como la red PPO, paquetes de beneficios y tipos de cobertura (médica, dental, etc.), se muestran según la cobertura efectiva). Si usted o su grupo han terminado con nosotros, los enlaces relacionados con su cobertura aparecerán según su última fecha de cobertura. Por ejemplo, si su última fecha de cobertura es el 31 de diciembre de 2022, el resumen de beneficios, la búsqueda de proveedores, el **myHealthCenter**, los documentos del plan, etc. mostrados corresponderán al plan que tenía en esa fecha. Podrá todavía revisar la información sobre reclamaciones y la información de inscripción en el portal después de la terminación.

A screenshot of the 'Family Links' page. The page title is 'Family Links'. Below the title, there are three columns representing different family members: 'Beth Doe (Plan Participant)', 'Jennifer Doe (Dependent)', and 'James Doe (Dependent)'. Each column contains two sections: 'My Links' and 'Quick Links'. The 'My Links' section for each member includes links for 'Access your HSA', 'Eye Care', 'Rx Manager', and 'See My ID Card'. The 'Quick Links' section includes links for 'Access your HSA', 'Aetna ASA Providers', 'Eye Care', and 'Find a Dentist'.

Mi perfil

Usted puede actualizar la contraseña, el nombre y/o la dirección de correo electrónico de su portal en la ficha

My Profile (Mi perfil). Seleccione la ficha desplegable **My Profile** (Mi perfil) ubicada en la parte superior derecha de la pantalla.

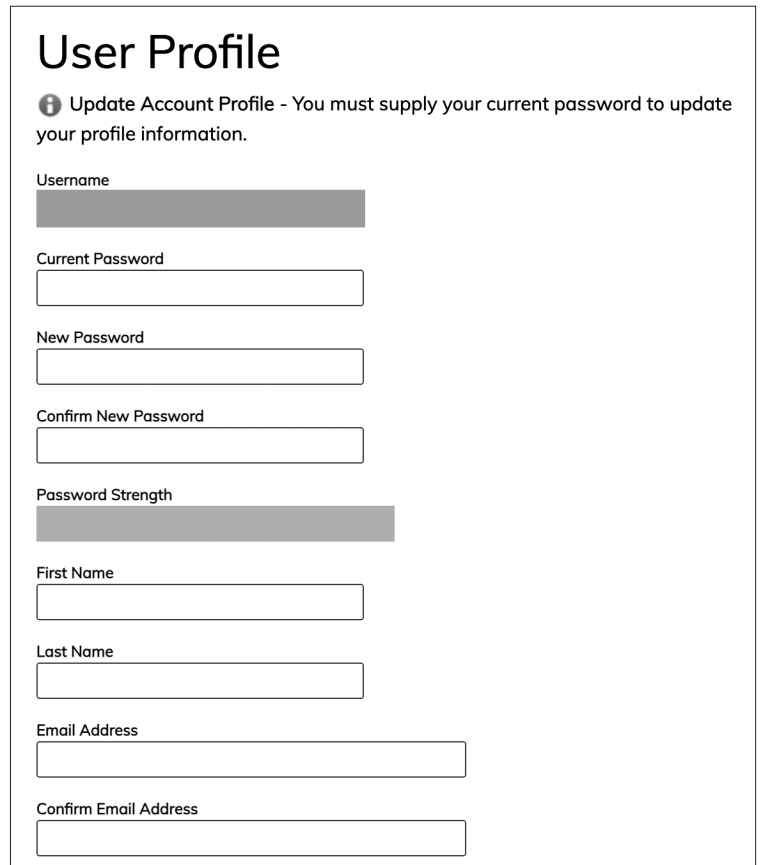


Home | My Expenses | About Me | Messages ▼ | My Links ▼ | Family Links | **My_Profile ▼**

Se abrirá la pantalla **Update Account Profile** (Actualizar perfil de cuenta). Los Términos y Condiciones están disponibles para su revisión e impresión.

Actualice la información del perfil de su cuenta según sea necesario. A continuación, seleccione **Update** (Actualizar) para guardar los cambios. La dirección de correo electrónico aquí mostrada se usa cuando se le olvida el nombre de usuario. El perfil de su cuenta se actualiza con la nueva información.

Si actualiza su dirección de correo electrónico aquí, es posible que también tenga que actualizarla en Communication Preferences (Preferencias de comunicación) en la página Personal Information (Información personal).



User Profile

Update Account Profile - You must supply your current password to update your profile information.

Username

Current Password

New Password

Confirm New Password

Password Strength

First Name

Last Name

Email Address

Confirm Email Address

Mi perfil

Seleccione **Registration** (Registro) para ser agregado a otro grupo con EVHC. Esto solo es necesario si tiene cobertura con EVHC en varios grupos (posiblemente como empleado en un grupo y como familiar dependiente en otro).

Seleccione **Member** (Miembro).

Seleccione **Next** (Siguiente).

Registration

i If you are a plan participant or a dependent of a plan participant, select "**Member**" to register.
If you are a Provider user, do not register as a "**Member**". If you are a Provider user, select "**Provider**" to register.

Member:

Cuando selecciona **Member** (Miembro), aparecen las páginas **Activation** (Activación), **Consent** (Consentimiento), **Communication** (Comunicación) y **Verification** (Verificación) (del proceso de registro). Posteriormente usted va a la página principal. Al activar la segunda identificación de miembro (Member ID), introduzca su otra identificación de miembro (Member ID) del segundo plan. No use su número de Seguro Social.

ACTIVATION

Let's get started!
To keep this simple, all of the fields below are required.

Your Member ID or SSN **?**

Your Last Name

Your ZIP/Postal Code

Your Date of Birth

Next

Usted está registrado en dos cuentas con el mismo nombre de usuario. Cuando inicie sesión, se le pedirá que seleccione su rol (Select Role). Seleccione el rol de usuario adecuado para acceder a sus registros en el grupo que desea revisar.

Select Role

i Your account is associated with multiple roles. Please select a role to continue. Check "Allow role change" if you would like the ability to change roles after successfully signing in.

User Role:

Allow role change

OK

Muchas gracias por revisar esta guía de usuario. Si tiene alguna pregunta acerca de su portal para miembros myEVHC.com, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en la parte superior de nuestra tarjeta de identificación.

