

Cuenta de Gastos Flexible

...Repuesta a sus preguntas por:



➤ ¿Que Es Una Cuenta De Gastos Flexible (FSA)?

La FSA permite utilizar dólares preimpositivos para pagar gastos que califiquen para el cuidado de salud y cuidado de dependientes. Participar en la FSA aumenta el sueldo neto, ya que sus ganancias gravables son reducidas por sus deducciones preimpositivas y usted no es tasado en su reembolso.

Ejemplo de Cómo la FSA Puede Beneficiar a un Empleado*

	Empleado A sin FSA	Empleado B con FSA
Sueldo bruto anual (antes de impuestos)	\$32,000	\$32,000
FSA contribucion médica	0	-500
FSA contribucion de cuidado de dependientes	0	-1,500
Sueldo imponible*	32,000	30,000
Impuestos retenido (Federal, Estatal, FICA)	-4,930	-4,477
Empleado A paga los gastos para el cuidado de salud y cuidado de dependientes	-2000	0(net)
Restante del sueldo	\$25,070	\$25,523

* Asume 15% de impuestos federal, 7.65% de impuestos de FICA y la deducción estándar para la clasificación casada colectivamente con tres excepciones. Porque ningún FICA es retenido de las contribuciones que usted hace al FSA, los beneficios del Seguro Social podrían ser reducidos ligeramente cuando sea elegible para la jubilación.

Ambos empleados ganan el mismo salario y tienen los mismos gastos del cuidado de salud y del cuidado de dependientes, pero el empleado B tiene \$453 más que Empleado A en su ingresos de pago. Eso es, porque Empleado B pagó por los gastos con la deducción libre de impuestos tomada de sus cheques de nómina a través del año.

➤ ¿Como Funciona La FSA?

La cantidad anual que usted elija a contribuir será dividida por el número de los períodos de pago que quedan en el año. Cada período de pago, su Empleador descontará estas cantidades iguales de su cheque de nómina en una base preimpositiva antes de impuestos Federal, Estatal (varía por Estado), y del Seguro Social son retenidos de su sueldo. El dinero es contenido en la "Cuenta de Gastos Flexible" hasta que usted presente recibos para los gastos elegibles; su reembolso es exento de impuestos.

➤ ¿Quién Administra Las Cuentas?

Human Resource Administrators, Inc. (HRA, Inc.), un administrador de terceros, procesa las reclamaciones y suministra consulta individual con respecto al estatus de la cuenta.

➤ ¿Cómo Me Matriculo?

Cada año antes del principio del año del plan, su Empleador tendrá un Período Abierto especificado de Matriculación. Deberá llenar la Forma de Matriculación encontrado en la parte posterior de este folleto y presentarlo a su Empleador durante este espacio de tiempo puesto que matriculación es requerida anualmente. Las elecciones de la FSA no llevan delantero de un año a otro. Si usted o su cónyuge esta matriculado en un programa de HSA, usted no es elegible para tomar parte en la porción de reembolso del cuidado de salud de la Cuenta de Gastos Flexible (FSA). **A menos que tenga un Cambio calificativo de Estatus durante el año, usted no puede hacer cambios, como aumentar ni disminuir su nivel de contribuciones.**

➤ Gastos Calificativo De FSA Que Le Puede Ayudar A Usted A Calcular Sus Costos Incurridos Anuales

Una Cuenta de Gastos Flexible le permite recibir reembolsos para los gastos médicos que no son reembolsados por el seguro médico. Los gastos médicos y dentales calificativo y gastos de visión, así como los gastos del cuidado de dependientes son elegibles. A continuación se enumeran algunos ejemplos para ayudarle a calcular cuánto usted puede ser elegible para este año. Esto no pretende ser una lista exhaustiva.

<u>GASTOS MEDICOS QUE CALIFICAN*</u>	<u>GASTOS DEL CUIDO DE DEPENDIENTES QUE CALIFICAN*</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado de Quiropráctica ▪ Co-pagos ▪ Lentes de Contacto/Soluciones ▪ Deducibles ▪ Tratamiento Dental ▪ Visitas Médica ▪ Examen de Vista ▪ Anteojos ▪ Audífonos / Baterías ▪ Servicios Hospitalarios ▪ Cirugía Ocular con Láser ▪ Cuidado de la Salud Mental ▪ Ortodoncia ▪ Productos de Salud sin Prescripción Médica ▪ Medicamentos con Prescripción <p><i>*Procedimientos cosméticos como blanqueamiento de dientes o estiramiento de la cara no son gastos calificativos.</i></p> <p><i>* Los gastos que son reembolsados bajo su seguro médico, dental o de visión no son gastos calificativos.</i></p>	<p>Sus dependientes deben ser -</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un niño bajo la edad de 13 años y viviendo con usted. ▪ Un niño, un cónyuge, u otro dependiente que está físicamente o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo Y pasa por lo menos 8 horas del día en su casa. <p>Usted (si soltero) o usted y su cónyuge (si casado) debe ser -</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empleado (trabajando o buscando trabajo) <p>Sus gastos pueden incluir -</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastos de cuidado ▪ Cuidado infantil/gastos preescolares ▪ Cuidado antes/ después de la escuela ▪ Gastos de Niñera (siempre y cuando la niñera no es pariente suyo bajo la edad de 19 años o un dependiente de impuestos de usted o de su cónyuge) <p><i>* Un crédito del cuidado de dependiente está disponible en su declaración de impuestos Federal Annual de Ingresos. Si escoge tomar parte en reembolso del Cuidado de Dependiente o utilizar el crédito tributario depende de sus ingresos, estatus de expediente, el número de dependientes, y de los gastos anuales del cuidado. La decisión final debe ser hecha después de consultar con su consejero de impuesto.</i></p>

➤ ¿Son Todo Los Productos De Salud sin Prescripción Médica (OTC) Y Medicinas Reembolsables?

Efectivo el 1 de enero de 2011, medicinas de OTC no pueden ser reembolsadas sin una prescripción del médico. En la actualidad no existe una lista definitiva que describe qué medicamentos de OTC están sujetos a este requisito y los que no son. Sin embargo, a continuación hay una lista preliminar de algunos medicamentos de OTC en la cual una prescripción será requerida en y después del 1 de enero de 2011

Medicamentos OTC – Requieren una Prescripción	
Antiácidos	Ayudas digestivas
Medicamentos de alergia y sinusitis	Productos femenino anti-hongos/ contra picazón
Productos anti-bióticos	Hemorroidal preps
Anti-diarrheales	Laxantes
Anti-gas	Medicina de mareo
Contra picazón y picaduras de insectos	Medicina para el alivio contra el dolor
Cremas y ungüentos para la irritación cutánea en bebés	Tratamientos respiratorios
Remedios para el herpes labial	Ayudas para el sueño y sedantes
Medicamentos para la tos, resfriados y gripe	Remedios para el estómago
Productos de Salud OTC - No Requieren una Prescripción	
Productos de adultos de incontinencia	Envoltura de temperatura caliente
Productos del control de la natalidad (eje. condones, las pruebas de embarazo)	almohadilla para compresas calientes, botellas de agua caliente
Catéteres	Insulina y suministros diabéticos
Adhesivos de dentadura	Gotero/cuchara de medicinas
Ayudas y prueba para diabéticos	Nebulizadores
Prueba diagnóstico y los monitores	Ayudas ortopédicas
Vendajes elástica y envolturas	Productos de Ostomía
Cuidado de los ojos y suministros de lentes de contacto	Anteojos de leer
Equipos de planificación de familia	Disuasivos para el fumar
Suministros de primeros auxilios (eje. Curitas)	Refuerzos/Sostén (eje. tobillo, rodilla, guante terapéutico para la muñeca)
Monitores de salud (ex. presión arterial, termómetros)	Jeringas
Baterías de audífono	Sillas de rueda, andadores y bastones

➤ Total De Mis Gastos Calificativos

Total de Gastos Médicos Incurridos	\$	*
Total de Gastos del Cuidado de Dependiente(s)	\$	*

* Utilice estas cantidades para calcular la cantidad anual de elección de la FSA. Llene la Forma de Matriculación al final de este paquete.

➤ **¿Cómo Obtengo Mis Reembolsos?**

Tras la sumisión de una reclamación a Human Resource Administrators, Inc. un cheque será enviado a su hogar a menos que escoja tener el reembolso depositado directamente a su cuenta de cheques o ahorro. Para autorizar el depósito directo, por favor llene el formulario "Deje de Correr al Banco" que está incluido en este folleto.

➤ **¿Puedo Ver Mi Información De Cuenta En El Internet?**

Sí. Puede ver su información de cuenta visitando www.HRAdministrators.com y haciendo clic en el enlace de myRSC. Necesitará saber su Número de Seguro Social y el código personalizado de la empresa con el fin de establecer un ID de usuario personal. Por favor comuníquese con Human Resource Administrators, Inc. o su Empresa para el Código de la Empresa.

➤ **¿Qué Sucede Si Termino Mi Empleo Durante El Año Del plan?**

En cuanto termine su empleo, usted podrá presentar reclamaciones con una fecha de servicio efectuado antes del fin de la cobertura por un tiempo especificado como se indica en la Descripción Resumida del Plan.

➤ **¿Qué Sucede Si No Utilizo Todo El Dinero En Mi Cuenta?**

Es importante determinar exactamente sus gastos calificativos para el año. Después del Plazo de Tiempo de Espera (Run-Out Period) del año del plan, las cantidades no utilizadas para proporcionar beneficios serán perdidas y no le pueden ser pagados en efectivo.

RESUMEN

➤ **Las Reglas Para Ambas Cuentas de Dependientes y Médicas**

- Usted no puede presentar una reclamación a menos que tome parte en el plan de Cuenta de Gastos Flexible.
- Puede ser reembolsado sólo para los gastos elegibles incurridos* durante el período cubierto en la que sus contribuciones son hechas. Los gastos incurridos* durante el Período de Gracia (Grace Period) puede ser reembolsado si éste es el caso indicado en la Descripción Resumida del Plan.
- Efectivo el 1 de enero de 2011, según las regulaciones del IRS, medicamentos sin prescripción médica ya no serán consideradas un gasto elegible a menos que tenga una prescripción del médico. Los productos de salud sin prescripción todavía son elegibles para el reembolso.
- Puedes presentar una reclamación a cualquier tiempo durante el año del plan y por una duración especificada de tiempo después del año del plan como descrito en la Descripción Resumida del Plan.
- Si termina el empleo, puede presentar una reclamación por una duración especificado de tiempo después de la fecha de terminación como se indica en la Descripción Resumida del Plan siempre que el servicio ocurra antes de su fecha de terminación.
- El dinero de una cuenta no puede ser utilizada para gastos incurridos en otra cuenta. Por ejemplo, cantidades no usada en la cuenta médica no puede ser utilizada para reembolsar los gastos del cuidado de dependientes.
- Usted no puede recibir pago de cualquier otra fuente para gastos reembolsados de las reclamaciones, y certifica que usted no es elegible para facturar cualquier otra fuente para los gastos reembolsados.
- Si usted ha recibido el reembolso de los gastos, usted no puede reclamar los gastos en las declaraciones de impuestos.
- Usted no puede facturar por un período de servicio que empieza en un año del plan y termina en el próximo año del plan. Presente dos reclamaciones de reembolso, uno para cada año del plan que cubre el período durante ese año del plan.
- Llene TODA la información en el formulario de reclamación para cada cantidad reclamado para reembolso.
- Adjunte copias de facturas detalladas de los proveedores de servicios o la Explicación de Beneficios de la empresa de seguros para reclamación.
- Haga una fotocopia de las reclamaciones para sus registros.
- Presente la reclamación con recibos atados según los procedimientos proporcionados. (Vea el "Cómo Someter Su Reclamación de FSA" en la próxima página).

➤ **Gastos Del Cuidado De Dependientes**

- Puede utilizar la Cuenta de Gastos del Cuidado de Dependiente sólo si paga gastos del cuidado para poder trabajar. Los servicios del cuidado pueden suceder dentro o fuera de su hogar. Si está casado, su cónyuge también debe trabajar, ir a la escuela de tiempo completo, o ser incapaz de cuidar de sí mismo para usted ser elegible.
- Sólo dependientes que viven con usted (A) bajo la edad de trece años o (B) adultos o niños de trece años o mayor que están mentalmente o físicamente incapaz de cuidar de sí mismo son cubiertos.
- Si su plan incluye la provisión de Período de Gracia, por favor tenga en cuenta que la cantidad que no utilizó para servicios incurridos* antes del fin del año del plan deberá ser reducido de la cantidad contribuida al próximo año del plan. La exclusión de los ingresos derivados de los pagos se limita a la menor de las siguientes 1.) \$5,000 por año si su estatus en la declaraciones de impuestos es 'casado llenando juntos' y/o 'soltero cabeza del hogar' o \$2,500 por año si su estatus en la declaraciones de impuestos es 'casado llenando separados' 2.) sus "ingresos ganados" para el año o 3.) si está casado a fines del año imponible, los ingresos ganados de su cónyuge.
- Usted no puede reclamar los gastos si el proveedor de servicio es su niño o un hijastro y está bajo la edad de 19 años o si reclama al proveedor de servicio como un dependiente en el impuesto Federal. Para ser reembolsado, debe incluir el nombre del centro, la dirección, y el número de identificación de impuesto o el número de seguro social del individuo que proporciona el servicio del cuidado de dependiente. Los campamentos de noche o enseñanza educativa no son cubiertos.
- La cantidad máxima que puede ser reembolsados durante el tiempo que están cubiertos en el año del plan no puede superar la cantidad de reducción del salario que has elegido y realizado bajo el plan del cuidado de dependientes menos cualquier reembolso efectuado anteriormente.

*Incurridos se refiere a la fecha en la cual los servicios fue rendido.

CÓMO SOMETER SU RECLAMACIÓN DE FSA

Para recibir reembolso de la Cuenta De Gastos Flexible para gastos médicos y del cuidado de dependientes, debe presentar el Formulario de Reclamación a Human Resource Administrators, Inc. Por favor siga las pautas abajo. **RECORDATORIO IMPORTANTE:** En cuanto termine su empleo, usted podrá presentar reclamaciones con una fecha de servicio efectuado antes de su fecha de terminación solo por un tiempo especificado como se indica en la descripción resumida del plan.

<p>PARA RECLAMAR LOS GASTOS MÉDICOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llene la porción de <i>Gastos del Cuidado de Salud</i> en el Formulario de Reclamación. 2. Adjunte recibos, factura detallada o la EOB para apoyar cada gasto. Todos los documentos deben proporcionar la información siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre del Proveedor de Servicios (eje. Dr. Cortez, ABC Hospital, XYZ Farmacia, etc.). ▪ La Fecha del Servicio – Debe ocurrir durante el año del plan o durante el Período de Gracia si ése es el caso indicado en la Descripción Resumida del Plan; la fecha de pago no es aceptable. ▪ Descripción del Servicio – Descripción del servicio realizado o el producto comprado. ▪ Nombre de la Persona Cuidada. ▪ La cantidad facturada para el servicio o productos – no incluye cantidades cubiertos por el seguro. ▪ Los Recibos de la Prescripción deben mostrar la fecha llenada (no pagada), nombre de la prescripción, nombre de la persona por cual el medicamento es prescrita y la cantidad facturada. Los recibos de la caja registradora por sí solas no son aceptables. Los Recibos de los Medicamentos sin Prescripción deben indicar el nombre del proveedor (o el nombre de la persona por cual la prescripción aplica) la fecha, la cantidad de la compra y el número de la prescripción. (Esto sería el talonario de prescripción de la farmacia). - O - Si el recibo del cliente no indica el número de prescripción entonces una copia de la prescripción del médico debe acompañar el recibo del cliente al presentarse la reclamación. <p><i>Favor de notar:</i> Debido a que las medicinas de OTC pueden ser compradas "del estante", puedes escoger a tener las medicinas de OTC distribuidas por la farmacia así como una prescripción regular (en lo cual recibirá un número de prescripción). O, puedes comprar medicinas de OTC y presentar una reclamación de papel con un recibo y una copia de la prescripción. En cualquier caso, la prescripción debe incluir el nombre del artículo de OTC prescrito, la fecha que la prescripción empieza y el número de re-llenos permitidos, si aplicable.</p> 3. Firma y feche el Formulario de Reclamación. Envíe por el correo o por fax el Formulario de Reclamación y los recibos a HRA. Inc. <p>NOTE: Los cheques cancelados o recibos de tarjeta de crédito no son aceptados como documentación adecuada.</p>
--	---

<p>PARA RECLAMAR LOS GASTOS DE ORTODONCIA UNA MUESTRA DE HOJA DE CÁLCULOS Y PAUTAS ESTAN DISPONIBLES EN NUESTRO SITIO DE INTERNET</p>	<p>Por favor visite nuestro sitio de internet para un ejemplo de cómo la porción de Elección de Ortodoncia es calculada por el año del plan. Puede utilizar la hoja de cálculos si es certificado por el proveedor junto con el formulario de reclamación firmado y fechado para recibir reembolso. UNA VEZ EN CADA AÑO DEL PLAN, necesitamos una copia del contrato original de TRATAMIENTO hecho con su ortodoncista para iniciar cualquier tipo de pagos planificado con un Formulario de Reclamación firmado y fechado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Llene la porción de <i>Gastos del Cuidado de Salud</i> en el Formulario de Reclamación. <i>Vea instrucciones arriba.</i> 2. Firma y feche el Formulario de Reclamación. Envíe por el correo o por fax el Formulario de Reclamación y los recibos a HRA, Inc. para revisión. <p>NOTE: El reembolso para el gasto entero "por adelantado" no es admisible puesto que tratamientos de ortodoncia por lo general se extiende a lo largo de varios años del plan. Los pagos planificados serán hechos en la conformidad a servicios incurridos en el Año del Plan actual o en el Período de Gracia si ése es el caso indicado en la Descripción Resumida del Plan.</p>
--	---

<p>PARA RECLAMAR LOS GASTOS DEL CUIDADO DE DEPENDIENTES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llene la porción de <i>Gastos del Cuidado de Dependientes</i> en el Formulario de Reclamación. 2. Adjunte los recibos para apoyar sus gastos—O—El proveedor del cuidado puede firmar el formulario de reclamación. Si escoge adjuntar los recibos, todos los recibos deben proporcionar la información siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre y Dirección del Proveedor de Servicios. ▪ Número de Identificación de Impuestos (EIN) —O—Número del Seguro Social del Proveedor de Servicios, ▪ Las Fechas del Cuidado – los servicios deben ser proporcionados durante el Año del Plan actual o el Período de Gracia si ése es el caso indicado en la Descripción Resumida del Plan. ▪ Nombre de la Persona Cuidada. ▪ La cantidad facturada para el cuidado – cantidad pagada no es aceptable. 3. Firma y feche el Formulario de Reclamación. Envíe por el correo o por fax el Formulario de Reclamación y los recibos a HRA, Inc. para revisión. <p>NOTE: Los cheques cancelados o recibos de tarjeta de crédito no son aceptados como documentación adecuada. Los gastos que se pagan por adelantado no serán reembolsados hasta DESPUÉS de la fecha efectiva del cuidado.</p>
--	--

<p>Envíe por correo o por fax el formulario de reclamación y los recibos a: Human Resource Administrators, Inc., 1541 Alta Drive, Suite 306 Whitehall, PA 18052 FAX: (610) 774-9910</p>	<p><i>¿Preguntas o necesita más formularios de reclamación?</i> Visite a www.hradministrators.com ☞ Haga clic en Formas, luego Participantes ☞ O llámenos al (610) 774-9910</p>
--	--

Todos los reclamos recibidos por el viernes (5:00 p.m. EST) será procesado el viernes siguiente.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE FORMULARIO DE MATRICULACION DE BENEFICIO



Nombre de la Empresa: _____ SS # _____ División: _____

Nombre del Empleado: _____ Año del Plan: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____, Estado: _____, Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Para elegir cantidades para el próximo año del plan, por favor introduzca una nueva cantidad ANUAL de deducción apropiada. NO REDONDEAR HACIA ARRIBA NI ABAJO. Con respecto al Cuidado de Dependiente, tenga en cuenta que la cantidad no utilizado para servicios INCURRIDOS antes del fin de este año del plan, deberá ser reducida de la cantidad contribuida al próximo año del plan. La exclusión de los ingresos derivados de los pagos se limita a la menor de las siguientes 1.) \$5,000 por año si su estatus en la declaraciones de impuestos es 'casado llenando juntos' y/o 'soltero cabeza del hogar' o \$2,500 por año si su estatus en la declaraciones de impuestos es 'casado llenando separados' 2.) sus "ingresos ganados" para el año o 3.) si está casado a fines del año imponible, los ingresos ganados de su cónyuge.

Descripción de Beneficios	Cantidad de Elección Para el Año del Plan (no redondear hacia arriba ni abajo)	Número de nóminas durante el año del plan	Deducción por pago (dividir deducción anual por número de nóminas)	USO SOLO PARA MEDIADOS DE AÑO Por el Representante Autorizado			
				Cantidad de Elección (no redondear)	Número restante de las nóminas	Deducción por pago (dividir deducción anual por Número restante de las nóminas)	
Gasto Médico de FSA							Fecha efectuado es:
Límite Anual:							
Cuidado de Dependiente de FSA							Primera deducción de pago empezará:
Límite Anual: \$5,000							

Por la presente autorizo y dirijo a mi empleador a reducir mi salario en la cantidad necesaria para pagar por las coberturas mostrado arriba. Tales reducciones, considerado como contribuciones de beneficios electivo bajo el plan, comenzará con mi primer cheque de pago fechado después del primero del año del plan (los contratados al mediado de año su fecha efectiva) y continuará para cada período de pago hasta que este acuerdo sea enmendado o es terminado. También comprendo que el propósito de este programa es de permitir a los empleados a seleccionar sus beneficios calificados dentro de las pautas del Código de Rentas Internas.

Favor de notar, cualquier gasto incurrido durante el año del plan actual más el Período de Gracia después del fin del año del plan debe presentarse antes del fin del Plazo de Tiemp de Espera (Run-Out Period) como definido en su Descripción Resumida del Plan. Cualquier balance no usado será perdido.

Comprendo que si termino mi empleo puedo presentar reclamaciones con una fecha de servicio efectuados antes del fin de la cobertura por un tiempo especificado como se indica en la Descripción Resumida del Plan.

Si tengo la tarjeta de débito de mySourceCard, comprendo que sólo puede ser utilizada para gastos médicos elegibles. Además, certifico que todos los reclamos pagados con el mySourceCard no han sido reembolsados y no buscaré reembolso de cualquier otro plan de beneficios de salud.

Comprendo que efectivo el 1 de enero de 2011, según las regulaciones del IRS, medicamentos sin prescripción médica ya no serán consideradas un gasto elegible a menos que tenga una prescripción del médico. Los productos de salud sin prescripción todavía son elegibles para el reembolso.

He leído la Descripción Resumida del Plan junto con el Resumen de Información del Plan que me ha dado mi Empleador. Este formulario de elección permanecerá en efecto y no puede ser revocado ni puede ser cambiado durante el año del plan, a menos que la revocación y nueva elección estén por motivo de y coherente con un cambio en la situación familiar que se enumeran en el cambio de estatuto matriz que recibí con la Descripción Resumida del Plan.

Para Autorizar Participación: Por la presente certifico que la información antes mencionada es correcta y verdadera y decido elegir la opción de participar en el plan.

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor regrese el Formulario de Matriculación al Departamento de Recursos Humanos de su empleador no más tardar para el _____.

Debe llenar este formulario para participar en el año nuevo del plan. Gracias.