

**INFINISOURCE**  
BENEFIT SERVICES

Su Plan de Subsidios Flexibles  
**Kit de Inscripción**

Estimados Empleados:

Nos complace informarles acerca de un gran subsidio que su empresa le ofrece a sus empleados. Se llama Sección 125 Plan de Cafetería o Plan de Subsidios Flexibles. Al utilizar la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) disponible a través del plan, usted adquiere la posibilidad de ahorrar una buena suma de dinero. El ahorro se logra al no pagar impuestos sobre la cantidad que usted pone en su cuenta para gastos en asistencia médica y guardería.

Su Plan de Subsidios Flexibles incluye tres componentes:

Cuenta para Gastos de Asistencia Médica – los dólares antes de impuestos destinados a cubrir sus gastos médicos de bolsillo no cubiertos por su plan.

Cuenta de Gastos de Cuidado de los Dependientes – los dólares antes de impuestos que pueden ser usados para pago de guardería para los dependientes tributarios.

Conversión de la Prima – le permite pagar su aporte para su prima de asistencia médica con dólares antes de impuestos.

Funciona así: En cada nómina, la empresa coloca la cantidad que usted indique de su salario en sus cuentas de gastos para asistencia médica y/o guardería para los dependientes. El dinero – que se pone aparte sin cobrar impuestos – está destinado a sus gastos de bolsillo. Estos gastos pueden ser su cuenta de guardería, el copago para una cita médica o para una receta médica.

El dinero que puede ahorrar al usar su FSA puede ser considerable. Por ejemplo, la Empleada A gana \$1,700 al mes. Ella decide colocar \$60 en su FSA para Asistencia Médica, \$260 en su FSA para Cuidado de los Dependientes, y también saca su aporte de \$50 al plan de salud antes de impuestos cada mes. Al hacer estos gastos antes de impuestos, podría ahorrar más de \$100 en impuestos al mes, dinero que seguramente le gustará gastar en otra cosa.

La situación de cada empleado es algo diferente, pero por alguna razón este plan se llama Plan de Subsidios Flexibles. Puede usarse para satisfacer sus necesidades y le ahorrará dinero.

Participar es fácil. Simplemente revise los materiales de inscripción que le ofrecemos para todas las reglas, calcule sus gastos para determinar su elección anual, llene el formulario de inscripción y empiece a ahorrar.

Si tiene preguntas acerca de su plan, favor contactar a su representante de Recursos Humanos.

# Hoja de Trabajo FSA

## GASTOS ESTIMADOS NO REEMBOLSADOS PARA ATENCIÓN MÉDICA

Cantidad Anual

Cantidad Anual

### Médicos

Deducibles \$ \_\_\_\_\_  
 Copagos de seguros\* \_\_\_\_\_

Los siguientes tipos de atención médica NO reembolsada:

Cuidado de un bebé sano \_\_\_\_\_  
 Citas médicas en consultorio \_\_\_\_\_  
 Revisión física anual \_\_\_\_\_  
 Inmunizaciones \_\_\_\_\_  
 Medicamentos con receta médica \_\_\_\_\_  
 Anticonceptivos \_\_\_\_\_  
 Insulina \_\_\_\_\_  
 Exámenes de Laboratorio \_\_\_\_\_  
 Tablillas, soportes, aparatos correctores \_\_\_\_\_  
 Tratamientos terapéuticos \_\_\_\_\_  
 (solo por razones médicas)  
 Medicina sin receta médica\* \_\_\_\_\_

Otros gastos \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Dentales

Deducibles \$ \_\_\_\_\_  
 Copagos de seguros\* \_\_\_\_\_

Los siguientes tipos de dental no reembolsado:

Empastes/coronas/puentes \_\_\_\_\_  
 Rayos X \_\_\_\_\_  
 Limpieza \_\_\_\_\_  
 Tratamiento de Fluoruro \_\_\_\_\_  
 Prótesis Dental \_\_\_\_\_  
 Ortodoncia \_\_\_\_\_

(Basado en gastos hechos para el año del plan siguiente)

### Visión

Deducibles \$ \_\_\_\_\_  
 Copagos de seguros\* \_\_\_\_\_

Los siguientes tipos de cuidado de la visión no

reembolsada: Exámenes \_\_\_\_\_  
 Lentes \_\_\_\_\_  
 Monturas \_\_\_\_\_  
 Lentes de contacto y soluciones \_\_\_\_\_  
 Cirugía láser de los ojos \_\_\_\_\_

### Total Gastos no Reembolsados para Atención Médica

(no pueden exceder el máximo de su plan) \$ \_\_\_\_\_

### Gastos Estimados para Cuidado de Dependientes

(necesarios para que usted y su cónyuge trabajen)

Cantidad Anual

Guardería/centros de cuidado para niños \$ \_\_\_\_\_  
 Cuidado de los niños en el hogar \_\_\_\_\_  
 Cuidado después del colegio \_\_\_\_\_  
 Preescolar \_\_\_\_\_  
 Cuidado de otros dependientes \_\_\_\_\_

### Total Gastos Anuales para Cuidado de Dependientes

(no pueden exceder \$5.000 por familia por año calendario, o el ingreso ganado del empleado o su cónyuge, o el que sea menor.)

\$ \_\_\_\_\_

**\*Recuerde cualquier coordinación de subsidios con otro plan grupal que pueda reducir sus gastos de bolsillo.**

*\*A partir de Enero 1 del 2011, las medicinas sin receta no tendrán derecho a reembolso bajo la Cuenta de Salud Flexible (FSA) o la cuenta de Arreglos de Reembolso de Salud (HRA) sin una Prescripción de doctor*

## ¿Qué gastos puede reembolsar mi FSA?

Usted podrá sorprenderse al descubrir cuántos gastos son elegibles para reembolso de su FSA. Dedique un momento para revisar la siguiente lista de artículos elegibles. Luego, llene la hoja de trabajo para maximizar sus ahorros en impuestos al elegir la cantidad que es adecuada para usted.

### Ejemplos de gastos elegibles

Los gastos que se permiten pueden considerarse como cuidado médico, incluidas las sumas pagadas por el diagnóstico, cura, mitigación, tratamiento o prevención de enfermedades, o con el fin de afectar cualquier estructura o función del cuerpo.

A fin de recibir el reembolso, usted necesitará llenar un formulario de Solicitud de Reembolso y anexar una factura detallada del proveedor o una Explicación de Beneficios de su agente de seguros. La factura debe incluir: 1. nombre del paciente, 2. nombre y dirección del proveedor, 3. descripción del servicio prestado, 4. fecha del servicio y 5. cantidad del gasto. Una factura con el saldo pendiente o una hoja de cobro de tarjeta de crédito no son documentos aceptables.

- Acupuntura
- Alojamiento (\$50 por noche) y viáticos (millaje; pasaje aéreo) para tratamiento médico
- Ambulancia
- Anteojos (de fórmula o de lectura), incluidos lentes de fórmula para el sol y exámenes de los ojos
- Artefactos y pilas para la audición
- Cantidades y deducibles en coaseguro
- Cirugía láser para los ojos
- Citologías
- Cuidado psiquiátrico
- Dermatólogos\*
- Discapacidad de aprendizaje
- Esterilización
- Fisioterapia
- Gastos de nutricionista (necesidad médica)
- Honorarios de laboratorio/diagnóstico
- Honorarios por rayos-X
- Inmunizaciones
- Inserción o retirada de Norplant
- Insulina
- Lentes de contacto, soluciones y productos de limpieza
- Libros y revistas en Braille
- Medicamentos con receta\*
- Medicamentos que se venden sin receta\*
- Miembros y dientes artificiales
- Muletas
- Ortodoncia
- Oxígeno
- Pastillas anticonceptivas
- Pelucas (sólo por razones médicas)
- Perro lazarillo
- Programas para dejar de fumar
- Protección de oclusión para rechinamiento de dientes
- Prótesis
- Prueba de embarazo (sin receta)
- Psicólogos
- Queratotomía radial
- Quiroprácticos
- Reconstrucción de cirugía de mama después de la mastectomía
- Servicios de enfermería
- Servicios hospitalarios
- Sillas de ruedas
- Terapia de lenguaje para menores con dislexia o discapacitados
- Terapia de masajes (necesidad médica)
- Transplantes
- Tratamiento dental\*
- Tratamiento para alcoholismo
- Tratamientos para la infertilidad
- Viagra

*\*A menos que sea estrictamente por razones cosméticas*

*\*A partir de Enero 1 del 2011, las medicinas sin receta no tendrán derecho a reembolso bajo la Cuenta de Salud Flexible (FSA) o la cuenta de Arreglos de Reembolso de Salud (HRA) sin una Prescripción de doctor.*

## Ejemplos de gastos elegibles sin receta (OTC)

Para recibir reembolso, necesita llenar un formulario de Solicitud de Reembolso y anexar un recibo detallado. Si presenta un recibo de caja, el recibo debe incluir: 1. nombre y dirección del proveedor, 2. fecha de compra, 3. nombre del artículo OTC y 4. cantidad cobrada. Si el nombre del artículo no aparece en el recibo de caja, debe presentar una parte de la caja o paquete que incluya el nombre del artículo y el precio, junto con el recibo de caja. A partir de Enero 1 del 2011, las medicinas sin receta no tendrán derecho a reembolso bajo la Cuenta de Salud Flexible (FSA) o la cuenta de Arreglos de Reembolso de Salud (HRA) sin una Prescripción de doctor.

**Anticonceptivos y planificación familiar:** Condomes, prueba de infertilidad masculina, prueba de ovulación y prueba de embarazo **Cuidado de la diabetes:** Tiras de prueba para glucosa en la sangre, glucómetro, artefactos para inyecciones, artefactos de lanceta, tiras de prueba para análisis de orina, etc.

**Digestión:** Líquidos y tabletas antiácidos, medicamentos antidiarreicos, laxantes, tabletas contra los gases, supositorios y crema para hemorroides, intolerancia a la lactosa, mareo por movimiento, etc.

**Dejar de fumar:** Chicle Nicorette, Parches Nicoderm, pastillas Commit para dejar de fumar.

**Dolor y fiebre:** Pastillas para la artritis (Aleve, Tylenol Arthritis Pain), aspirina (Bayer, Excedrin), alivio para el dolor sin aspirina (Advil, Ibuprofen, Tylenol), alivio para ulceración y fuegos, alivio para cólico menstrual (Pamprin, Midol), parche para alivio del dolor (Migraine Ice, Icy Hot, TheraPatch), pomadas y ungüentos (BenGay, Heet, Icy Hot).

**Medicamentos para alergias y el seno nasal:** Claritin, Sudafed, Tylenol Allergy Sinus, Benadryl, Motrin Sinus, etc. **Medicamentos para la tos y el resfriado:** Advil Cold & Sinus, Alka-Seltzer Plus, Breathe Right Nasal Strips para resfriados, Comtrex, Contac, Drixoral, Sudafed Cold, TheraFlu, Tylenol Cold, Vicks Nyquil, etc.

**Primeros auxilios:** Vendas, cinta, almohadillas de gasa, ungüentos antibióticos (Neosporin, Polysporin), antisépticos (Bactine, torundas en alcohol Curad), rasquiña y brotes (loción para rasquiña Aveeno, Benadryl, Cortaid), tratamiento para piojos (Rid, Nix) Soportes y refuerzos: Para el tobillo, el brazo y el codo, el cuello, medias de soporte quirúrgico, soporte para la muñeca y la mano.

## Ejemplos de gastos no elegibles

- Alojamiento para el acompañante (cuidado del dependiente)
- Apoyo psicológico para matrimonios
- Artículos pagados o pagaderos por el seguro
- Artículos que usted piensa reclamar como crédito para fines tributarios federales
- Blanqueado o decoloración de los dientes (aunque sea el resultado de un defecto congénito)
- Clases de baile
- Clases de natación
- Comidas – sí, si se pagan las comidas en un hospital o institución similar cuando se recibe cuidado como paciente interno; no, para cuidado del dependiente
- Cuidado de enfermería para un bebé normal y sano
- Cuotas de clubes de salud
- Depilación eléctrica (ver procedimientos cosméticos)
- Equipo para ejercicio, a menos que sea ordenado por el médico para una condición médica específica
- Equipo y salones de bronceado
- Gafas de seguridad (a menos que sean con fórmula)
- Gastos funerarios y de entierro
- Gastos médicos prepagados, incluido cuidado prenatal, en los que aún no se haya incurrido
- Operaciones y tratamientos ilegales
- Pañales o servicio de pañales (a menos que sea una necesidad médica por incontinencia)
- Perforación de las orejas
- Primas de seguro
- Procedimientos cosméticos (a menos que sean necesarios para mejorar una deformidad resultante de anomalía congénita, herida personal de un accidente, o trauma o una enfermedad que deja a una persona desfigurada)
- Programas de descuento o cargos por garantía de visión
- Programas de ejercicio físico para salud general
- Programas y drogas para bajar de peso (a menos que sea una necesidad médica específica)
- Remedios holísticos o naturales
- Rogaine (ver procedimientos cosméticos)
- Ropa de maternidad
- Transplante de pelo (ver procedimientos cosméticos)
- Vitaminas y suplementos dietéticos sin receta (a menos que sea una necesidad médica específica)

## Visión de los Ahorros

Usted puede aumentar el dinero que lleva a casa en cada periodo de pago al utilizar el Plan de Subsidios Flexibles. He aquí un ejemplo de los ahorros en impuestos que puede hacer un empleado que gana \$2.200 al mes al utilizar este estupendo subsidio.

<b>Ingreso mensual antes de impuestos</b>	\$2,200	\$2,200
<b>Deducciones del salario antes de</b>		
Aporte al FSA de Asistencia Médica	\$ .00	\$60.00
Aporte al FSA de Cuidado de	.00	260.00
Aporte del empleado al plan de salud	\$ .00	50.00
<b>Total</b>	<b>\$ .00</b>	<b>\$370.00</b>
<b>Impuestos de nómina</b>		
FICA (contribuciones a la seguridad social)	\$168.30	\$140.00
Impuesto Federal sobre la renta	267.52	222.53
Impuesto estatal sobre la renta (4%)	88.00	73.20
<b>Total</b>	<b>\$523.82</b>	<b>\$435.73</b>
<b>Gastos después de impuestos</b>		
Gastos de asistencia médica	\$60.00	\$ .00
Gastos de cuidado de	260.00	.00
Aporte del empleado al plan de	50.00	.00
<b>Total</b>	<b>\$370.00</b>	<b>\$ .00</b>
<b>Ingresos Disponibles</b>	<b>\$1,306.18</b>	<b>\$1,394.27</b>

Ingresos disponibles para el empleado	\$22.03 más cada semana
Ingresos disponibles para el empleado	\$88.03 más cada mes
Ingresos disponibles para el empleado	\$1,057.08 más cada año

## Preguntas Frecuentes

### Información General

#### ¿Por qué debería participar en el Plan de Subsidios Flexibles?

Una de las mayores ventajas del Plan es el ahorro generado en impuestos y el aumento en sus ingresos para gastos. El dinero que se aporta a una FSA no está sujeto a impuestos (impuesto federal sobre la renta e impuestos FICA (contribuciones a la seguridad social) y la mayoría de los impuestos a la renta estatales y locales). Un Plan de Subsidios Flexibles es aplicable a los gastos de bolsillo que usted cubre con sus ingresos para gastos, pero le permite pagar estos gastos con ingresos antes de pagar impuestos.

Otra ventaja de participar en el Plan es la oportunidad que le ofrece de presupuestar sus gastos de asistencia médica al retener una cantidad pequeña de cada cheque de pago. Sin esta herramienta, podría tener que desembolsar grandes cantidades de dinero de una vez. Esto es especialmente ventajoso si programa una cirugía, prevé gastos de maternidad o si no tiene otra cobertura para gastos odontológicos o para la visión. Aun quienes tienen cobertura médica, dental y de visión generalmente tienen que cubrir deducibles, copagos y otros gastos de bolsillo.

#### ¿Adónde llamo para preguntar acerca del Plan de Subsidios Flexibles?

Si tiene alguna pregunta acerca de cómo poner el Plan de Subsidios Flexibles a trabajar para usted, cómo inscribirse o cómo determinar las cantidades a elegir, etc., favor llamar a un Representante de Servicio al Cliente al 866-370-3040.

#### ¿Cómo sé que ustedes recibieron mi reclamo y si fue pagado o no?

Generalmente, a los dos días hábiles de haber presentado su reclamo por fax, puede ver su cuenta para verificar el estado de su reclamo en [www.infinisource.net](http://www.infinisource.net). Simplemente escoja Login, FSA Participant y luego siga las instrucciones en la pantalla.

#### ¿Cómo sé cuál es el saldo en mi cuenta?

Puede usar uno de los siguientes métodos para verificar su saldo:

- Puede ver su cuenta en [www.infinisource.net](http://www.infinisource.net). Simplemente escoja Login, FSA Participant y luego siga las instrucciones en la pantalla.
- Su saldo aparecerá en la notificación del cheque de reembolso o de depósito directo cada vez que usted presente un reclamo.
- Recibirá un Extracto de Cuenta aproximadamente 90 días antes del final del Año del Plan. Este extracto le dará un resumen del saldo que queda en su FSA de Salud y/o en su FSA de Cuidado a Dependientes, así como los reclamos pagados hasta la fecha.

### Elegibilidad e Inscripción

#### ¿Cómo me inscribo?

Para inscribirse en el FSA de Salud o en el FSA de Cuidado a Dependientes, o en ambos, simplemente tiene que llenar el Formulario de Inscripción/Formulario de Depósito Directo antes de iniciarse cada Año del Plan.

#### ¿Tengo que mantener la misma elección cada año?

No. Cada año, usted tendrá que reinscribirse antes de comenzar el Año del Plan. En ese momento, tendrá la oportunidad de evaluar la necesidad de participar en el Plan así como de presupuestar todos los gastos de asistencia médica y/o de cuidado a dependientes. Puede mantener la misma elección, cambiar su elección o en algunos casos renunciar a participar.

#### ¿Debo elegir tanto la FSA para Asistencia Médica como la de Cuidado a Dependientes?

No. Puede escoger participar en una o en las dos, según sus necesidades individuales.

## FSA de Salud

### ¿Qué es una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Salud?

Usted puede destinar dólares antes de impuestos para cubrir gastos médicos elegibles que no estén cubiertos por ningún otro tipo de seguro. La cuenta le ayuda a presupuestar los gastos planeados tales como deducibles, copagos y fórmulas médicas. Al consultar la Hoja de Trabajo FSA encontrará la lista de algunos gastos elegibles y no elegibles.

### ¿Son las primas de seguros un gasto elegible?

No, las primas de seguros no son reembolsables a través de una FSA de Salud. Sin embargo, usted puede pagar sus contribuciones de prima requeridas (para cobertura según el plan de salud del empleador) por fuera de la FSA de Salud, antes de pagar impuestos.

### ¿Se me pueden reembolsar las medicinas y medicamentos que no requieran receta médica?

Sí, los gastos sin receta médica para asistencia en salud son elegibles para reembolso a través de su cuenta FSA de Salud.

**¿Cuáles son algunos ejemplos de medicamentos sin receta médica elegibles para reembolso a través de mi cuenta FSA?** Las medicinas para alergias, las medicinas para la tos y la gripe, los primeros auxilios y los calmantes son algunos de los ejemplos de artículos elegibles. Para una lista más completa, favor ver la lista de gastos sin receta, disponible en [www.infinisource.net](http://www.infinisource.net).

### ¿Si termino mi trabajo o me jubilo, puedo recibir el saldo de mi FSA de Salud?

No. Sin embargo, usted puede seguir presentando reclamos anteriores al día de su terminación antes del final de su periodo de expiración (definido en el Resumen de la Descripción del Plan).

Por ejemplo: Su plan tiene un periodo de expiración de 90 días después de la terminación. Su fecha de terminación es el 13 de septiembre. Consulta al médico el 12 de septiembre, pero usted no recibe la Explicación de Subsidios de su agente de seguros hasta el 31 de octubre. Puede todavía presentar este gasto, ya que fue hecho antes de la fecha de terminación, y antes del final del periodo de expiración de 90 días posterior a su fecha de terminación. Cualquier gasto hecho después del 13 de septiembre no es elegible.

### ¿Si termino mi trabajo o me jubilo se me reembolsarán los gastos hechos después de la fecha de terminación?

No. Para ser considerado gasto elegible, éste debe haber sido hecho antes de su fecha de terminación. Sin embargo, puede continuar su cobertura FSA de Salud bajo COBRA.

## FSA para el Cuidado a Dependientes

### ¿Qué es la FSA para el Cuidado a Dependientes?

Usted puede utilizar sus dólares antes de impuestos para cubrir gastos elegibles de dependientes relacionados con su trabajo para dependientes calificados, o si está casado/a, mientras usted o su cónyuge trabajan o su cónyuge estudia tiempo completo.

### ¿Quién es un dependiente calificado según la FSA para Cuidado a Dependientes?

El dependiente menor de 13 años.

El dependiente o cónyuge del empleado que sea discapacitado mental o físicamente y a quien el empleado reclama en su declaración federal de renta.

### ¿Puede un adulto ser un dependiente calificado?

Sí, un adulto puede calificar como dependiente siempre y cuando el empleado aporte más de la mitad del sostenimiento de esa persona al año y que el dependiente viva con el empleado.

### ¿Debo usar una guardería?

No. Se le pueden reembolsar los gastos pagados a una persona que cuida a su dependiente en su casa, siempre y cuando los gastos sean hechos por usted y su cónyuge (si está casado/a), para trabajar, buscar trabajo, o estudiar tiempo completo.



### **¿Debe tener una licencia la persona que cuida?**

No. Sin embargo, usted debe presentar el Número de Identificación de Impuestos o el Número del Seguro Social de esa persona cuando llene la declaración federal de renta.

### **¿Debe tener 18 años la persona que cuida?**

No, pero esa persona debe declarar el dinero como ingreso en su declaración de renta.

### **Mi hijo va a campamento de verano. ¿Es esto elegible?**

Por lo general, no; sin embargo, si es un campamento diurno y su dependiente asiste para permitirles a usted y a su cónyuge (si están casados) trabajar, buscar trabajo o estudiar tiempo completo, entonces sí, éste sería un gasto elegible. Los campamentos con alojamiento están específicamente excluidos.

### **¿Cuándo se me puede reembolsar por los gastos de guardería?**

Los gastos son elegibles para reembolso cuando hayan sido hechos, no cuando se los facturan o cuando usted pague por los servicios.

Por ejemplo: El proveedor de la guardería requiere que usted pague el mes de septiembre el 1º de septiembre. Se le puede reembolsar cuando los servicios se hayan prestado, no cuando usted pagó los servicios. Puede presentar reclamos después de cada semana, cada dos semanas, o el 1º de octubre.

## **Cambio de su Elección**

### **¿Y qué tal si descubro que escogí demasiado para la FSA de Salud o de Cuidado a Dependientes, puedo cambiar mi elección?**

Generalmente, su elección es irrevocable a menos que le ocurra un “Cambio de Estatus” del IRS y su cambio de elección sea consistente con el evento de Cambio de Estatus.

### **¿Cuál es el “Cambio de Estatus” del IRS que me permitirá cambiar mi elección de FSA?**

- Cambio en el estatus marital legal (matrimonio, muerte del cónyuge, divorcio, separación legal, anulación)
- Cambio en el número de dependientes tributarios (nacimiento, muerte de un dependiente, adopción o solicitud de adopción)
- Cambio en la elegibilidad del dependiente
- Cambio en el estatus laboral del empleado, cónyuge o dependientes
- Otros cambios que pueden permitir un cambio en la elección bajo la FSA para Cuidado al Dependiente son:
  - Cambio en el proveedor del cuidado al dependiente
  - Cambio en la suma cobrada por un proveedor del cuidado al dependiente, que no sea de la familia
  - El menor cumple 13 años

Los cambios en la elección deben ser consistentes con el evento. Si a usted le ocurre un Cambio de Estatus, favor repasar su

Resumen de la Descripción del Plan, ya que le ofrecerá información importante sobre el plazo para informar acerca de este suceso.

### **¿Si escogí demasiado en mi FSA de Salud pero no suficiente en mi FSA para Cuidado a Dependientes, puedo trasladar mi dinero de una cuenta a la otra?**

No, las elecciones FSA para Salud y Dependientes son separadas. No puede trasladar aportes de una cuenta a la otra. Además, es muy importante anotar que las elecciones que haga son para todo el año. Sus elecciones no pueden cambiarse a menos que a usted le ocurra un Cambio de Estatus del IRS, como se explicó arriba.

### **La Regla de “Usarlo a Perderlo”**

#### **¿Qué pasa si no uso todo el dinero escogido en mi FSA?**

El IRS ha impuesto la regla de “usarlo o perderlo”. Cualquier dinero que quede en su cuenta FSA al final del Año del Plan no puede ser trasladado y debe renunciar a él. Por favor recuerde, usted tiene un periodo de expiración después de terminar el año del plan para presentar los gastos hechos durante el año del plan. Es importante calcular sus gastos cuidadosamente antes de hacer sus elecciones. Debe colocar en la FSA únicamente el dinero para los gastos que pueda predecir exactamente que se harán durante el año.

Infinisource, Inc., le ayudará a monitorear sus Cuentas de Gastos Flexibles proporcionándole un extracto a principios del cuarto trimestre de su año del plan. Puede minimizar las renunciaciones programando los

exámenes rutinarios, comprando anteojos o lentes de contacto y programando citas odontológicas, etc., al final del año del plan para utilizar sus cantidades escogidas.

## **Presentación de reclamos para reembolso**

### **¿Cómo presento un reclamo para la FSA de Salud o de Cuidado a Dependientes?**

Debe llenar un Formulario FSA de Solicitud de Reembolso por cada reclamo FSA de Salud o de Cuidado a Dependientes que usted presente. Recuerde anexar los documentos de soporte para el reclamo. Esta información se puede enviar por fax al 800-379-5670.

También puede enviar su reclamo por correo: Infinisource, Inc.  
PO Box 448  
Coldwater, MI 49036-0488

### **¿Puedo presentar gastos para mi cónyuge e hijos para reembolso a través de mi FSA de Salud?**

Sí, se le pueden reembolsar los gastos hechos por usted, su cónyuge y cualquier dependiente de IRS, no importa donde usted tenga su seguro. Puede ser que usted no esté cubierto por el plan de salud de su empleador, pero que tiene cobertura a través del plan del empleador de su cónyuge. Puede no obstante presentar los gastos de bolsillo de su familia para reembolso según la FSA de Salud.

### **¿Qué documentación de soporte debo presentar con cada reclamo FSA de Salud?**

Explicación de Subsidios (EOB): Cada vez que presente reclamos a su compañía de seguros de salud, recibirá esta cuenta detallando lo que pagará el plan de salud y lo que usted debe pagar. Para los gastos que están cubiertos parcialmente por otro plan de seguros, debe anexar una copia de ambos EOB.

Facturas detalladas: Para los gastos que no se presentan a otro plan de seguros, usted debe anexar copia de una factura detallada que contenga la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Nombre y dirección del proveedor
- Descripción del servicio
- Fecha del servicio
- Cantidad del servicio

Los requisitos de documentación también aparecen en el Formulario FSA Solicitud de Reembolso para ayudarle a llenar adecuadamente su reclamo. El seguir estas guías le garantizará el recibo de su reembolso sin demoras innecesarias.

### **¿Qué documentación de soporte debo presentar con cada reclamo para Cuidado a Dependientes?**

Formulario de Solicitud de Reembolso: Llenar la sección de Cuidado a Dependientes y hacerlo firmar del proveedor del cuidado, poniendo la fecha. Recibo: El recibo debe contener la siguiente información:

- Nombre y dirección del proveedor
- Desde/hasta fechas de servicio
- Cantidad del cobro

### **¿Cuánto tiempo después de finalizar el Año del Plan debo presentar los reclamos?**

Los reclamos deben presentarse al final del periodo de expiración para el Plan. El periodo de expiración está definido en el Resumen de la Descripción del Plan.

### **¿Recibiré reembolso por reclamos superiores al saldo actual de mi FSA de Salud?**

Sí, la cantidad anual esta a su disposición desde el comienzo del Año del Plan.

### **¿Recibiré reembolso superior al saldo actual de mi FSA de Cuidado a Dependientes?**

No, usted recibirá sólo el reembolso por la cantidad que se haya aportado en el momento de presentar el reclamo.

### **¿Puedo presentar reclamos por gastos para cuidado de dependientes mayores que el saldo actual en**

### **mi FSA de Cuidado a Dependientes?**

Sí; sin embargo, usted sólo recibirá reembolso por la cantidad que usted aportó para su FSA para Cuidado de Dependientes. Por ejemplo, si usted aporta \$150 cada mes para su FSA para Cuidado a Dependientes, entonces recibirá \$150 de reembolso cada mes. El excedente de los gastos quedará pendiente y se le pagará a medida que los aportes se hagan en su cuenta.

### **¿Qué ocurre si el reclamo excede la cantidad actualmente disponible en mi FSA de Cuidado a Dependientes?**

El reclamo será procesado y aprobado. La cantidad que esta actualmente disponible será desembolsada y la porción faltante quedará pendiente hasta que usted haga otro aporte.

### **¿Cuándo puedo esperar recibir mi reembolso?**

Los reclamos por lo general se procesan en el transcurso de dos días hábiles después de recibidos. Los reembolsos entonces se procesan y se entregan según el plan de desembolso y la opción de fondos del empleador. Generalmente los horarios de desembolso son diarios. Esto quiere decir que los desembolsos son procesados cada día e incluyen los reclamos que fueron procesados el día anterior. La entrega de su desembolso depende de la opción de fondos escogida por su empleador.

### **Su empleador puede tener un arreglo de fondos que:**

- Permita la entrega de su cheque de reembolso inmediatamente después de procesar el reembolso
- Permita la entrega de su cheque de reembolso en el transcurso de dos días hábiles después de procesar el desembolso

### **¿Cómo sé por qué fue negado mi reclamo?**

Usted recibirá una carta señalando la razón de la negación junto con instrucciones para presentar la documentación solicitada.

### **¿Por qué puede la cantidad de mi reembolso diferir de la cantidad de mi solicitud?**

Hay razones por las que usted puede ver una cantidad diferente en el reembolso. Algunas son:

1. Si la solicitud fue por más del saldo en su cuenta.

Por ejemplo: Elección anual = \$1,000.00

Cantidad total desembolsada hasta la fecha = \$700.00

Saldo disponible = \$300.00

Cantidad total solicitada = \$500.00

Sólo le reembolsarán \$300.00, ya que éste es su saldo disponible.

2. Si la solicitud fue por el reclamo para cuidado a dependientes, sólo se le reembolsará la cantidad total que usted haya aportado. Por ejemplo:

Elección anual = \$5,000.00

Cantidad total aportada = \$3,000.00

Cantidad total solicitada = \$4,250.00

Se le reembolsarán únicamente \$3,000.00, ya que ésta es la cantidad que usted ha aportado a la cuenta. La solicitud total de \$4,250.00 será procesada y los \$1,250.00 restantes serán desembolsados a medida que se hagan aportes.

# Formulario de Solicitud para Reembolso

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Identificación o SS : \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono día: \_\_\_\_\_  
Numero/Calle Ciudad Estado Código Postal

E-mail: \_\_\_\_\_

- Cambio de dirección     Tarjeta Benny de Infinisource utilizada para este reclamo     Usar este reclamo para compensar una transacción

## HEALTH FSA/HEALTH REIMBURSEMENT ARRANGEMENT (HRA)

**Asistencia Médica FSA:** Todas las reclamaciones deben ser presentadas con la documentación de soporte que contenga lo siguiente: **nombre del paciente, nombre y dirección del proveedor, gasto en el que se incurrió (tipo de servicio), fecha en que se incurrió en el gasto (la fecha en la que se prestó el servicio, no cuando se hizo el pago) y cantidad del gasto.** Si la solicitud es por una droga que se vende sin receta, debe indicar el nombre de la droga y su propósito para tratamiento del paciente. Todas las reclamaciones por drogas sin receta deben venir acompañadas de un recibo detallado. Favor ver en el anverso los requisitos de la documentación. Si su agente de seguros, HMO, o administrador del plan de asistencia médica estará procesando cualquiera de estos cargos, adjunte una copia de la Explicación de Beneficios del agente de seguros con toda la documentación de soporte que se enumera arriba.

**HRA:** Su Plan HRA puede estar limitado a los tipos de gastos médicos que le pueden ser reembolsados. Para una lista de gastos elegibles, favor leer su Resumen de la Descripción del Plan HRA (RDP).

Fecha de Servicio de m/d/a a m/d/a	Gastos Por		Tipo de Cuenta		Descripción del Servicio (por ej. médico, dental, visión, Rx)	Nombre de la Droga sin Receta	Propósito de la Droga sin Receta para tratar al paciente (alergia, enfermedad, etc.)	Cantidad de Reembolso Solicitada
	Nombre del Paciente	Parentesco	FSA	HRA				
/ / a / /								
/ / a / /								
/ / a / /								
/ / a / /								
/ / a / /								

Cantidad Solicitada: \$ \_\_\_\_\_

Tarjeta Débito utilizada para la reclamación FSA:  Sí  No

### ASISTENCIA FSA PARA DEPENDIENTES

Presente las reclamaciones para dependientes utilizando uno de los métodos siguientes:

- Llene el Formulario de Solicitud de Reembolso FSA, hágalo firmar del proveedor de asistencia para dependientes y póngale la fecha. Preséntelo a Infinisource, Inc. para reembolso.
- Llene el Formulario de Solicitud de Reembolso FSA y adjunte la documentación de soporte, la cual debe incluir: **nombre y dirección del proveedor, nombre(s) del/los dependiente(s), fechas del servicio y cantidad del gasto.**

Un formulario de reembolso, firmado y fechado, debe acompañar cada reclamación.

Fecha del Servicio De m/d/a a m/d/a	Nombre del Dependiente	Parentesco	Edad	Nombre del Proveedor de Asistencia	Cantidad de Reembolso Solicitada
/ / a / /					
/ / a / /					
/ / a / /					

Certifico que presté el servicio tal como se especifica arriba.

Cantidad Solicitada: \$ \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de asistencia al dependiente (**Necesaria sólo si no se presenta recibo.**) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Certifico que:

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Yo o mis dependientes elegibles incurrimos en los gastos arriba descritos (como los define el IRS).</li> <li>Todos los beneficios de seguros o de otros planes de salud han sido agotados.</li> <li>Las medicinas sin receta que aparecen en la lista son para tratar una condición médica.</li> <li>No deduciré estos reembolsos como crédito de impuestos en mi Declaración de Renta y no buscaré el reembolso de los gastos arriba enumerados en ningún otro plan que cubra dichos gastos.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Asumo toda responsabilidad por los impuestos y las sanciones que surjan de cualquiera de las deducciones rechazadas.</li> <li>He recibido el #ID de contribuyente de mi proveedor de asistencia para mi dependiente. Entiendo que debo proveer esta información en mi Declaración de Renta Federal.</li> <li>Todos los servicios por los cuales se reclama el reembolso o el pago mediante la presentación de este formulario fueron prestados durante un periodo en el cual el firmante estaba cubierto por la FSA de la empresa y/o la HRA con respecto a dichos gastos.</li> </ol> |
|---|--|

Firma del empleado (Usted debe firmar este formulario para recibir el reembolso) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Sí, participo tanto en la HRA como en la FSA de salud y quiero que Infinisource, Inc. procese mis reclamaciones de asistencia médica según ambos beneficios.**

*Infinisource ha incorporado los Requisitos de Privacidad de la HIPPA para reflejar nuestras prácticas comerciales en cuanto a la cobertura de seguros.*

## INSTRUCCIONES Y REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACIÓN PARA REEMBOLSO FSA Y/O HRA

Confirmación de la reclamación: Usted puede fácilmente ver el estatus de su reclamación 24 horas al día, 7 días a la semana, consultando el sitio web en [www.benefitsolved.com](http://www.benefitsolved.com) (Seleccione Participante FSA o HRA de la conexión del menú desplegable). Si usted decide enviar su reclamación por correo, favor no enviar la misma reclamación por fax. Las reclamaciones se pueden enviar por fax al 800-379-5670. Conserve la confirmación del fax para sus archivos. Si la envía por fax, espere 48 horas antes de consultar el sitio web o de llamar para averiguar el estado de su reclamación.

**Favor leer estas instrucciones antes de completar la primera página de este formulario.**

1. Llenar toda la información solicitada en el Formulario de Reembolso.
2. Firmar y fechar el formulario
3. Adjuntar la documentación apropiada.
4. Conservar copias de este formulario y la documentación para sus archivos de impuestos.
5. Mandar por correo o por fax a Infnisource.

Debe firmar y fechar el formulario de reclamación y adjuntar una copia de la cuenta, factura u otra declaración escrita de terceros con el nombre del paciente, nombre y dirección del proveedor, una descripción de cada gasto, la fecha en la cual se incurrió y la cantidad del gasto. *El IRS no permite copias de cheques ni comprobantes de crédito, extractos de "saldo anterior" y/o "saldo previo" como documentación aceptable.* (Para requerimientos de ortodoncia, ver el ítem #3 abajo.) Puede combinar miembros de la familia en un solo formulario. Debe presentar formularios de reembolso por separado para diferentes años de plan.

### Requerimientos de documentación para reembolso de gastos de Asistencia Médica:

1. Para gastos médicos o dentales que vayan a ser procesados por su plan de asistencia médica, favor presentar primero los gastos a su administrador del plan de asistencia médica o a su agente de seguro. Luego presente copias de este formulario y la Explicación de Beneficios con toda la documentación de apoyo enumerada arriba. **No** se requiere evidencia de pago del gasto.
2. Si no tiene cobertura de plan de asistencia médica para gastos de **odontología o visión**, presentar una declaración detallada de su proveedor de servicio mostrando el nombre del paciente, nombre y dirección del proveedor, fecha del servicio, descripción del servicio y cantidad del cargo. Para ser reembolsado para soluciones y productos de limpieza de lentes de contacto, puede presentar un recibo de caja, siempre y cuando el recibo muestre una descripción del ítem. De lo contrario, el recibo de caja que usted presente debe ir acompañado de una porción del paquete con el precio para verificar el ítem comprado.
3. **Ortodoncia:** Para gastos de ortodoncia, favor presentar una copia de la Declaración de Divulgación de Información, contrato de ortodoncia o acuerdo financiero con su presentación inicial detallando el periodo de tratamiento, desembolso, cantidad de pagos mensuales y la cantidad cubierta por el seguro, si la hay.  
Presente una copia de su cupón de pago mensual y/o un recibo detallado cada vez que solicite reembolso para tratamiento continuo. NOTA: El plan no puede reembolsar un servicio a futuro o una porción de tratamiento realizado en un año de plan diferente.

**La documentación debe incluir el costo total del tratamiento (incluido cualquier descuento), cantidad pagada por seguro, suma de los Aparatos Correctores, fecha de su colocación y duración de tratamiento.**

**Suma Total de Tratamiento (\_\_\_\_\_)** Menos Seguro Total (\_\_\_\_\_) Menos Descuentos (\_\_\_\_\_) y Menos Sumas de Aparato Corrector /Retención (\_\_\_\_\_), Dividido POR Duración del Tratamiento (\_\_\_\_\_ meses) Equivale a Responsabilidad Mensual Elegible (\_\_\_\_\_). También se requiere: **Fecha de colocación del Aparato Corrector:\_\_\_\_\_**. Cualquier suma adicional tales como Rayos X, moldes, etc., son reembolsables cuando incurridos. La suma del Aparato Corrector (suma pagada para fijar aparatos correctores en los dientes) se puede pagar en su totalidad cuando se hace el gasto. Los "Desembolsos" se reembolsan después de que estos se hayan hecho. Favor presentar un recibo detallado mostrando el desembolso.

4. Para copagos de prescripción, presentar una copia del recibo del copago de la receta con el nombre del paciente, el nombre de la droga, la fecha en la cual la prescripción se despachó, para poder verificar el nombre del paciente y el tipo de droga.
5. Para **drogas sin prescripción**, debe indicar el nombre de la droga y su propósito para tratar al paciente. Todas las reclamaciones para drogas sin receta deben ser acompañados por un recibo detallado. Si presenta un recibo de caja, debe incluir: nombre y dirección del proveedor (farmacia o mercado); fecha de compra, nombre de la droga sin receta (si el nombre de la droga/medicina no aparece en el recibo de caja, debe presentar una porción del paquete con el nombre y el precio de la droga con el recibo de caja.) Favor notar: algunas drogas sin receta no son elegibles para reembolso, a no ser que exista una condición médica específica. Si su solicitud para reembolso es para una de las drogas enumeradas abajo, la solicitud debe incluir la recomendación de un médico para la compra y un listado del estado médico.
  - u Drogas compradas por razones cosméticas (Rogaine, etc.)
  - u Drogas para perder peso
  - u Drogas compradas por razones de salud generales (vitaminas, etc.)

A partir de Enero 1 del 2011, las medicinas sin receta no tendrán derecho a reembolso bajo la Cuenta de Salud Flexible (FSA) o la cuenta de Arreglos de Reembolso de Salud (HRA) sin una Prescripción de doctor.

6. Para otros gastos, siempre presente declaraciones detalladas. Una carta de necesidad médica podrá ser necesaria para acompañar algunos gastos (por ej., terapia de masajes y procedimientos cosméticos).

### Requerimientos de documentación para reembolso de Asistencia para Dependientes:

Las Opciones para reembolso como aparece en la primera página.

Llenar el Formulario de Solicitud de Reembolso FSA y solicitar firma y fecha al proveedor de asistencia al dependiente. Presentarlo a Infnisource para reembolso.

- U Llenar el Formulario de Solicitud de Reembolso FSA y adjuntar documentación de apoyo que debe incluir: **nombre y dirección del proveedor, nombre(s) de dependiente(s), fechas de servicio, y cantidad del gasto.**

### IMPORTANTE:

- U El plan puede reembolsar meses pasados o en curso únicamente. No podemos procesar reclamaciones para fechas de servicio más allá del día en curso.
- U Algunos gastos asociados con la asistencia del dependiente so son elegibles, incluyendo costos de campamento de un día para otro, alimento, y transporte. Si usted esta presentando gastos para un campamento de día, favor asegurarse de que la documentación indique que es un campamento de día.
- U Debe proporcionar al IRS con el nombre, dirección y número de identificación de impuestos (o Número de Seguridad Social) del proveedor de asistencia para el dependiente en su declaración de renta federal. Si usted es incapaz de proporcionar esta información, el IRS podrá negar la exclusión para la cuenta de gastos de asistencia para el dependiente.

**APELACIÓN DE LA RECLAMACIÓN:** Si su reclamación es denegada en su totalidad o en parte, puede apelar solicitando una revisión de la reclamación denegada. Su solicitud debe estar por escrito y debe ser presentada de acuerdo con las instrucciones establecidas en la notificación de denegación dentro de los 180 días después de haber recibido la notificación de denegación. Si hay dos niveles de apelación, usted tendrá una cantidad razonable de tiempo descrito en la notificación de denegación en el cual solicitar una segunda revisión por el Administrador del Plan. Usted será notificado por escrito de la decisión sobre la revisión tan pronto sea razonablemente posible, pero no más de 60 días después de recibida la solicitud para la revisión.

IMPORTANTE: Por favor submita todos los recibos en Inglés.

## Section 125 Plan Flexible de Beneficios Formulario de Inscripción/Autorización de Depósito Directo

Inicio Año del Plan \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Final \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Marcar uno:  Inscripción nueva  Reinscripción

Empleador _____		División (si aplica) _____	
Empleado _____		No. Seg. Soc: _____	
Apellido	Nombre		
Nacimiento _____		Dirección: _____	
Ciudad _____	Estado _____	ZIP _____	E-mail: _____

Frecuencia pago:  Semanal (52) )  Quincenal (26)  Semimensual (24)  Mensual (12)  Otra \_\_\_\_\_  
 Fecha de contratación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha vigencia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Deducciones al pago inician: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número deducciones en Año del Plan: \_\_\_\_\_

### Autorización o renuncia a elección de beneficios

**Anote la cantidad anual de la(s) asignación(es) que escoja y divida por el número de cheques que recibe durante el Año del Plan para llegar a la cantidad de la reducción de su salario en cada cheque de pago.**

Elección de beneficios:	Reducciones por cheque de pago
A. Cuenta Flexible de Gastos para gastos de salud (FSA)	\$ _____
B. Cuenta Flexible de Gastos para cuidado de dependientes (FSA)	\$ _____
<b>Total deducciones autorizadas al salario antes de impuestos</b>	<b>\$ _____</b>

**Renuncia a participar en la FSA de Salud y en la FSA de Cuidado a Dependientes**  
 Después de considerarlo cuidadosamente, he decidido no participar en las FSA durante el Año del Plan actual.

C. **Pago de prima (antes de impuestos)** Contribuciones al/Los Plan(es) de Beneficios Patrocinados por el Empleador. POR PERIODO DE PAGO \$ \_\_\_\_\_ \*\*

**Renuncia a participar en el pago de Prima antes de impuestos**  
 Después de considerarlo cuidadosamente, he decidido no participar en la porción de pago de prima antes de

**\*\*Esta cantidad puede aumentar o disminuir automáticamente durante el Año del Plan para corresponder a los aumentos o reducciones en la cantidad de las contribuciones del empleado requeridas por el Empleador para sus planes de beneficios.**

Al firmar abajo, entiendo que:

- Autorizo a mi Empleador a reducir mi compensación en la cantidad especificada.
- Entiendo que no se me permite cambiar mis elecciones durante el Año del Plan, a menos que el cambio se deba a y sea consistente con las regulaciones actualmente reconocidas del IRS y eventos de cambio de estatus.
- También entiendo que se renunciará a los fondos que queden en mis FSA para Cuidado de Dependientes y/o Salud al final del Año del Pan, de acuerdo con las Normas del IRS.

**Firma del Empleado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### Autorización para Depósito Directo de Reembolsos de la FSA

Llene esta sección para que sus reembolsos de la FSA sean depositados directamente en su cuenta corriente o de ahorros. (Nota: favor dar un plazo de 30 días para que el depósito directo opere. Una vez activado el depósito directo, se le enviará una notificación de depósto directo que muestra la cantidad que ha sido depositada en

Nombre del Banco/Banco/Entidad: _____	Dirección del Banco/Entidad: _____		
	Calle	Ciudad	Estado ZIP
**Número de Ruta y Tránsito: _____	Número de Cuenta: _____	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	
¿Corresponde al No. en el cheque anulado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**\*\*Nota:** u Si ha designado una Cuenta Corriente, favor incluir copia de un cheque anulado. El no incluirla puede resultar en una demora en registrar la información de su inscripción y/o en procesar sus reembolsos.  
 u Si ha designado una Cuenta Corriente, favor validar el número de la cuenta tal como aparece en su extracto de cuenta.  
 u A fin de verificar la ruta del banco, el primer reembolso procesado después de recibida la Autorización de Depósito puede ser en forma de cheque.  
 u Su entidad financiera puede tener un número diferente de ruta para las transacciones ACH; favor verificar el número de ruta con su entidad financiera para evitar cualquier demora en el recibo de los reembolsos.

**Firma del Empleado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

*Infinisource, Inc. ha incorporado los Requisitos de Privacidad de HIPPA para reflejar las prácticas comerciales de nuestra organización con respecto a su cobertura de FSA.*