



FOLLETO DE INSCRIPCIÓN DE HSA

Preguntas frecuentes y límites de las contribuciones a las HSA	2
Gastos elegibles/No elegibles	4
Aplicación myRSC Mobile.....	5
Solicitud para una HSA	7

Preguntas frecuentes para Health Savings Account (HSA)

Límites de las contribuciones a las HSA para 2026



Cobertura individual

\$4,400

\$5,400
con contribuciones
adicionales*



Cobertura familiar

\$8,750

\$9,750
con contribuciones
adicionales*

Deducibles mínimos para un HDHP

Individual: \$1,700

Familia: \$3,400

**Los dueños de cuentas HSA de 55 años de edad y mayores pueden realizar contribuciones adicionales ("catch up") de hasta \$1,000 cada año por encima del límite anual actual.*

P: ¿Cualquier persona puede abrir una HSA?

R: No. Usted debe estar inscrito en un Plan de Salud de Deducible Alto (High-Deductible Health Plan, HDHP) para abrir una Cuenta de Ahorros de Salud (Health Savings Account, HSA) o contribuir a una HSA existente. Consulte la parte superior de la página 2 para el monto mínimo del deducible que califica actualmente como un HDHP.

P: ¿Cuánto puedo contribuir anualmente a una HSA?

R: El Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) emite límites de la contribución anual cada año, los que varían conforme usted tenga cobertura de seguro de salud solo para el empleado o familiar. Consulte la parte superior de la página 2 para los límites anuales actuales. Los dueños de cuentas HSA de 55 años de edad y mayores pueden realizar contribuciones adicionales ("catch up") de hasta \$1,000 cada año por encima del límite anual actual.

P: ¿Cómo realizo las contribuciones a una HSA?

R: Usted puede hacer contribuciones antes de impuestos, contribuciones post-impuestos, o una combinación ambas, siempre que el total combinado no exceda el límite anual del IRS. Las contribuciones antes de impuestos se realizan mediante deducciones de nómina. Las contribuciones post-impuestos se realizan mediante depósitos directos a la cuenta HSA. Las contribuciones post-impuestos para un año dado se pueden realizar hasta la fecha de vencimiento de su declaración de impuestos para ese año; para la mayoría de las personas, esta fecha es el 15 de abril del año calendario siguiente.

P: ¿Qué porción de mi HSA puedo gastar cada año?

R: El único límite de gastos es el saldo de su cuenta. Solo puede gastar o realizar retiros hasta el monto real que tiene en su cuenta en ese momento. Sin embargo, usted

no pierde ningún dinero que no se haya gastado para el final del año. Ya que todos los fondos sin utilizar en una HSA se transfieren automáticamente de un año a otro, usted puede aumentar el saldo disponible con el transcurso del tiempo.

P: ¿En qué puedo gastar los fondos de una HSA?

R: Una HSA puede usarse para pagar cualquier gasto de atención médica calificado según lo define el IRS. Esto incluye visitas al médico y a la enfermera, recetas, análisis de laboratorio, internación hospitalaria, terapia física, atención de salud mental, anteojos y lentes de contacto, atención odontológica, y mucho más; consulte el listado de gastos comunes elegibles e inelegibles en la página 4. Para ser elegible para un pago de una HSA, los gastos deben haberse incurrido en o después de la fecha en que se abrió la cuenta de HSA. Los fondos de una HSA también se pueden usar para determinadas primas de seguro de salud, como COBRA y TEFRA.

P: ¿Puedo gastar fondos de una HSA en parientes que no están cubiertos por mi plan de seguro de salud?

R: Siempre y cuando una persona esté incluida en su declaración de impuestos federales como un presentador o dependiente conjunto, su HSA se puede utilizar para pagar por sus gastos calificados. Esto se aplica incluso si están cubiertos por un plan de seguro separado que no es un HDHP, o si no están cubiertos por ningún plan de seguro de salud en absoluto.

P: ¿Cómo accedo a mis fondos en una HSA?

R: Usted recibirá una tarjeta de débito de HSA que está vinculada a su cuenta de HSA. Dicha tarjeta es una Mastercard® de propósito limitado que está cifrada para su uso con proveedores médicos solamente. Con esta tarjeta de débito, usted puede cubrir los gastos calificados sin tener que pagarlos de su propio bolsillo.

Preguntas frecuentes para Health Savings Account (HSA)

y luego esperar por el reembolso. Si bien cuenta con la opción de fijar un PIN (Personal Identification Number, número de identificación personal) para su tarjeta, este no hace falta; para pagar un gasto, tan solo pase la tarjeta de débito por un lector, tal como lo haría con una tarjeta de crédito regular. Si su proveedor médico no acepta tarjetas, o si por cualquier motivo no usó su tarjeta para pagar un gasto elegible, puede presentar un reclamo para el reembolso (conocido también como una "solicitud de distribución").

P: ¿Exactamente qué sucede en mi HSA cuando paso mi tarjeta de débito de HSA por un lector?

R: Tan pronto como la red de Mastercard® autorice la transacción de la tarjeta, el "valor de bolsillo" (el monto de dinero disponible para gastar) se reduce por el monto de la transacción. Si se inscribió para recibir alertas móviles, recibirá una en breve mediante la aplicación móvil que confirma la transacción y muestra su saldo disponible reducido. También podrá visualizar la transacción de la tarjeta pendiente y la reducción en el saldo de su cuenta (en línea o a través de la aplicación móvil).

P: ¿Qué sucede si no hay suficiente dinero en mi HSA cuando paso la tarjeta por un lector para pagar un gasto?

R: Si la transacción excede su saldo disponible (valor de bolsillo), generalmente será rechazada. Algunos comerciantes pueden aceptar operaciones con dos formas de pago diferentes (denominado "split tender" en inglés), lo que significa que su sistema puede cobrar a su tarjeta solamente la porción del total adeudado que equivale a su saldo disponible, y entonces solicitar una forma diferente de pago para cubrir el monto restante.

P: ¿Mi tarjeta de débito tiene algún límite de transacción?

R: Tanto el límite por transacción como el límite máximo de transacciones diarias combinadas para su tarjeta de débito es de \$5,000, aunque tenga más fondos disponibles en su cuenta de HSA.

P: ¿Tengo que estar al día con los recibos?

R: Si bien el IRS no exige que los titulares de cuentas de HSA presenten recibos para poder usar su tarjeta de débito o para obtener un reembolso por un gasto de su propio bolsillo, es buena idea conservar los recibos por si los necesita en el futuro. Mediante su cuenta en línea, usted tiene acceso al ClaimsVault®, una "caja de zapatos electrónica" patentada que le permite almacenar copias electrónicas de los recibos en su cuenta. Además de los recibos por gastos que usted ha pagado, también puede almacenar recibos de gastos que aún no ha reclamado pero que quizás desee reclamar cuando el saldo de su cuenta crezca.

P: Voy a ser elegible para Medicare más adelante en este año. ¿Aún así puedo tener una cuenta HSA?

R: Si se elige cualquier parte de Medicare, no puede abrir una cuenta de HSA nueva o contribuir más dinero a una cuenta HSA existente después de su fecha de entrada en vigor de Medicare. No obstante, usted puede seguir usando los fondos restantes en una cuenta HSA existente.

P: ¿Cómo puedo verificar el saldo de mi cuenta, las transacciones de la tarjeta, el estado de los reclamos de reembolso y demás?

R: Usted cuenta con acceso a la cuenta las 24 horas del día mediante su portal de empleado en línea y mediante la aplicación móvil. Para registrarse e iniciar sesión por primera vez, consulte el correo electrónico de bienvenida que le enviará su administrador de beneficios después de la inscripción.

P: ¿Qué hago si aún necesito ayuda después de mirar mi cuenta?

R: Contacte a su administrador de beneficios, cuya información puede hallarse al dorso de este folleto de inscripción.

Gastos elegibles/no elegibles

Gastos de atención de la salud elegibles para FSA/HSA

Tenga presente que esta lista no pretende ser un asesoramiento impositivo exhaustivo. Para obtener información más detallada, consulte la publicación 502 del IRS o consulte a su asesor impositivo.

***Si se prescribe para una dolencia o afección médica concreta; se requiere carta del proveedor.**

Acupuntura	Atención de la salud a domicilio y/o en hospicios	Exámenes físicos
Tratamiento del alcoholismo	Servicios hospitalarios	Fisioterapia
Vacunas y pruebas de alergia	Insulina	Atención psiquiátrica (<i>psicólogos, psicoterapeutas</i>)
Ambulancia (<i>terrestre o aérea</i>)	Cargos de laboratorio	Queratotomía radial
Miembros artificiales	Cirugía ocular LASIK	Escuelas (<i>especiales, de socorro o para discapacitados</i>)
Servicios y equipos para no videntes	Alerta médica (<i>pulsera, collar</i>)	Tratamiento de la disfunción sexual
Mandos de automóvil para discapacitados*	Dispositivos de monitoreo y análisis médicos*	Programas para dejar de fumar
Servicios de quiropráctico	Servicios de enfermería	Honorarios quirúrgicos
Coseguro y deducibles	Gastos obstétricos	Televisión o teléfono para personas con discapacidad auditiva
Lentes de contacto	Protectores oclusales	Tratamientos terapéuticos*
Muletas, sillas de ruedas, andadores	Operaciones y cirugías (<i>legales</i>)	Transporte (<i>esencial y principalmente para atención médica; se aplican límites</i>)
Tratamiento dental	Optometristas	Vacunas
Prótesis dentales	Ortodoncia	Vitaminas*
Pruebas diagnósticas	Servicios ortopédicos	Programas de pérdida de peso*
Honorarios médicos	Osteópatas	Radiografías
Tratamiento y centros de drogadicción	Oxígeno/equipo de oxígeno	
Medicamentos (<i>con receta</i>)		
Exámenes oftalmológicos y anteojos		

Medicamentos y productos de venta libre elegibles para FSA/HSA

Medicamentos y tratamientos para el acné	Solución para lentes de contacto	Tiritas adhesivas y apósitos medicinales
Remedios para la alergia y la sinusitis, el resfriado, la gripe y la tos	Anticonceptivos (<i>condones, geles, espumas, supositorios, etc.</i>)	Productos para el cuidado menstrual
Antiácidos y controladores de la acidez	Equipos y suministros CPAP	Remedios para el mareo
Aerosoles, cremas y ungüentos antibióticos y antisépticos	Suministros/equipos para pruebas diabéticas	Parches de nicotina y otras ayudas para dejar de fumar
Antidiarreicos	Equipos médicos duraderos (<i>sillas motorizadas, andadores, sillas de ruedas, etc.</i>)	Variedades de insulina de venta libre
Antifúngicos	Remedios para el eczema y la psoriasis	Analgésicos (<i>aspirina, ibuprofeno, paracetamol, naproxeno, etc.</i>)
Antigases y estomacales	Gotas para los ojos, gotas para los oídos, aerosoles nasales	Equipos de protección individual (EPI)
Antipruritos y picaduras de insectos	Botiquines de primeros auxilios	Anteojos de lectura
Antiparasitarios	Preparados hemorroidales	Somníferos y sedantes
Ayudas digestivas	Diagnóstico a domicilio (<i>pruebas de embarazo, kits de ovulación, termómetros, presión arterial, etc.</i>)	Remedios para eliminar verrugas, parches de callos
Cuidado del bebé (<i>ungüentos para la dermatitis del pañal, gel para la dentición, líquidos de rehidratación, etc.</i>)	Agua oxigenada, alcohol para fricciones	
Vendas y tiritas adhesivas	Laxantes	Todos los artículos de venta libre enumerados son ejemplos.
Bombas sacaleches para madres lactantes		
Aparatos ortopédicos		

Estos artículos suelen confundirse como elegibles, pero no cumplen los requisitos:

Cirugía y procedimientos cosméticos	Programas de salud, gimnasios y clubes de salud	Blanqueo de dientes
Procedimientos dentales cosméticos (<i>incl. blanqueo de dientes, vitaminas y suplementos</i>)	Primas de seguros (<i>no reembolsables con cargo a la FSA</i>)	Vitaminas y suplementos sin receta

Bienvenido a Mobile myRSCSM



Beneficios a su alcance

Acceda a la información de su cuenta de beneficios para empleados en su dispositivo móvil con la aplicación Mobile myRSCSM para iPhone® y Android®.

Qué puede hacer con Mobile myRSC

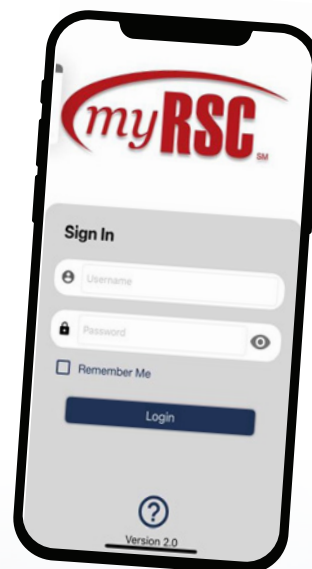
- ▶ **Ver cuentas**
Incluida información detallada sobre cuentas y saldos
- ▶ **Actividad de las tarjetas**
Revisar la información de las transacciones, incluso si se necesitan recibos.
- ▶ **Presentación de reclamaciones por smartphones**
Nuestra aplicación móvil para iPhone® y Android® permite presentar reclamaciones con su smartphone. Inicie una reclamación con la aplicación móvil, llene algunos detalles en pantalla, tome una foto del recibo con la cámara de su smartphone y cárguela.
- ▶ **Localizar y cargar la aplicación**
Solo busque "myRSC" en la App Store para productos Apple o en Google Play Store para productos Android y entonces cargue la aplicación como lo haría con cualquier otra aplicación.
- ▶ **Inicio de sesión**
Acceda a los servicios móviles utilizando el mismo nombre de usuario y contraseña que utiliza para iniciar sesión en el sitio web myRSC completo. Después de iniciar sesión, se encontrará en la página de inicio, que enumera sus opciones.
- ▶ **Obtener ayuda**
Para obtener ayuda, oprima el botón Ayuda en la parte inferior derecha de cualquier página de Mobile myRSC para acceder a la información de contacto de su administrador.



Inicio de sesión

Abra la aplicación Mobile myRSCSM o introduzca esta dirección en su navegador:
<https://mobile.myrsc.com>.

La primera página que se carga es la pantalla de inicio de sesión. Si es la primera vez que inicia sesión, hay un vínculo al sitio de registro y otra información útil. Utilice el mismo nombre de usuario y contraseña que utiliza para iniciar sesión en el sitio web myRSC completo.



Guía de inicio rápido de Mobile myRSCSM

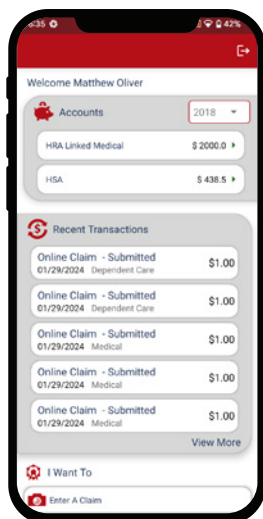


Página de inicio

Una vez que inicie sesión, se encontrará en la página de inicio. Esta página enumera todas las opciones de su sitio móvil, incluidas **Cuentas**, **Transacciones recientes** y **Quiero**.

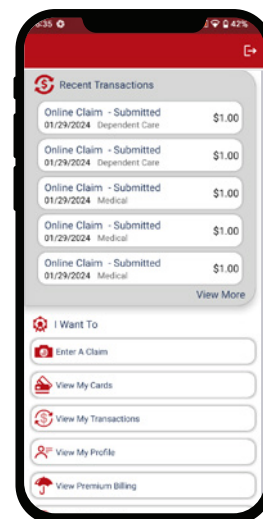
Cuentas

En la sección **Cuentas**, puede ver información específica sobre las cuentas seleccionando un año y el tipo de cuenta en los desplegados de la parte superior. Al oprimir sobre una cuenta concreta, se abrirá una sección de resumen de beneficios que muestra los saldos disponibles, las fechas de entrada en vigor, el nivel de cobertura (individual o familiar), etc.



Transacciones recientes

Al abrir la sección **Transacciones recientes** se muestran sus transacciones más recientes, y al oprimir Ver más se cargará la página Transacciones. Para encontrar rápidamente algo específico, utilice la barra de búsqueda de la parte superior e introduzca palabras clave, fechas o montos de transacción. Al oprimir sobre una transacción, se abrirá una pantalla de detalles de la transacción que muestra datos como el tipo de beneficio (cuenta), las fechas de inicio y finalización, el tipo de servicio, etc.

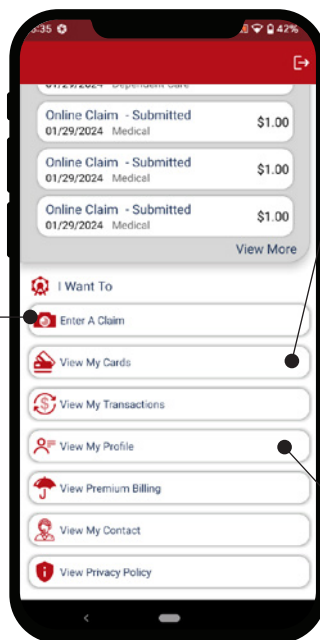


Quiero

El menú **Quiero** incluye varias acciones que puede realizar. Las acciones disponibles pueden variar según los beneficios inscritos y la configuración del empleador. Oprima cada una de las opciones de **Quiero** para acceder a cada una de ellas. Estos son algunos ejemplos de lo que puede ver:

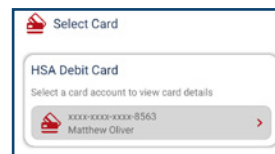
Presentar una reclamación

Cuando se abre, esta opción muestra una pantalla de entrada de transacciones en la que introducirá información en un formulario de reclamación y adjuntará la documentación requerida.



Ver mis tarjetas

Si dispone de una tarjeta (o tarjetas) de débito, al tocar esta opción se mostrará información sobre los beneficios vinculados.



Cuando se selecciona una tarjeta, se muestra la información de la tarjeta, incluido el número de cuenta, el estado (activa/inactiva) y la información del usuario (correo electrónico/teléfono).

Ver mi perfil

Cuando se abre, esta sección muestra su información y sus suscripciones y le permite realizar cambios.

Tenga presente que a los usuarios de FSA y HRA se les pedirá que certifiquen que el gasto enviado es elegible. Los usuarios de HSA tendrán la opción de autenticar el gasto o solicitar una certificación.

Solicitud de HSA y Acuerdo de Reducción Salarial

El presente Acuerdo de Reducción Salarial (Salary Reduction Agreement, SRA) autoriza a su empleador a reducir su salario por el monto indicado consignado a continuación con el fin exclusivo de facilitar una contribución a su Cuenta de Ahorros de Salud. No envíe contribuciones junto a este formulario. Al completar este acuerdo, usted está indicando que a partir de la fecha de entrada en vigor de su elección de contribución, usted es un "individuo elegible" tal y como se define en el acuerdo de adopción, y que autoriza a su empleador a facilitar sus contribuciones mensuales a su HSA en su nombre.

Llene el formulario a continuación y devuélvalo a su oficina de RR. HH.

¿Es usted un titular actual de una cuenta HSA?

- ☐ Sí Llene su Nombre solamente en la Sección 1 y pase a las Secciones 2 a 5.
- ☐ No Complete TODA la información y firme el formulario. Look in the mail for your HSA Welcome Letter, which includes additional HSA services.

Sección 1: Información del titular de la cuenta (en letra de imprenta)

Nombre (de pila, segunda inicial, apellido) _____

Dirección postal preferida ☐ Dirección residencial ☐ Dirección postal (si es diferente)

Dirección residencial _____ Dirección postal _____

Ciudad _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Número telefónico preferido ☐ Residencial ☐ Trabajo Mejor horario para llamar _____ ☐ AM ☐ PM

Teléfono residencial (____) _____ Work Phone (____) _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Número de licencia de conducir _____ Apellido de soltera de su madre (Seguridad) _____

Empleador _____

Sección 2: Beneficiario primario

Nombre (de pila, segunda inicial, apellido) _____

Dirección residencial _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social _____ Parentesco _____

Si todas las personas enumeradas como Beneficiarios primarios mueren antes que usted o no pueden ser localizados después de una búsqueda razonable por el custodio, todos los fondos no asignados (de haberlos) en su cuenta se distribuirán a su Beneficiario contingente (para agregar/editar/cambiar a un(os) Beneficiario(s) contingente(s), inicie sesión en su cuenta). En el caso de que no se logre ubicar a ningún beneficiario, el saldo de su cuenta (de haberlo) se distribuirá a su patrimonio.

Sección 3: Información sobre HDHP y Elección de contribuciones a la HSA

Fecha de entrada en vigor de la cobertura de HDHP _____ Marque una ☐ Cobertura individual ☐ Cobertura familiar

Yo elijo una contribución mensual de \$ _____ (monto) a mi HSA efectivo a partir de _____ (fecha).

Sección 4: Tarjeta de débito

- ☐ Por el presente solicito una tarjeta de débito como método de distribución alternativo de mi cuenta HSA. (Consulte el Artículo IV del Acuerdo de Cuenta de Custodia para obtener los términos de uso.) Imprimir exactamente como desearía que aparezca en su tarjeta: Máximo de 21 caracteres, espacios incluidos. Si se necesitan más de dos tarjetas, adjunte una hoja de papel adicional.

Nombre en la 1.ª tarjeta

Nombre en la 2.ª tarjeta

Sección 5: Acuerdo de adopción/Firma del empleado

A la fecha de entrada en vigor de mi Elección de Contribución a la HSA, certifico que soy una "Persona elegible" según lo define el Código y por el presente elijo una Cuenta de Ahorros de Salud conforme a la Sección 223 y la Sección 125 del Código de Impuestos Internos. Comprendo que esta solicitud no procesará hasta que mi empleador haya completado, aceptado y aprobado toda la documentación. Comprendo además que yo soy responsable de todas las contribuciones realizadas a mi HSA y que mi administrador de beneficios está facilitando, pero no está iniciando, la contribución. Si la cuenta se cierra en cualquier momento, se cobrará una tarifa de \$25 por el cierre.

Esta solicitud es para el establecimiento de mi Cuenta de Ahorros de Salud de propiedad individual con el custodio que se consigna a continuación. La información en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender, y yo estoy enviando este formulario con la plena comprensión y aceptación de las disposiciones contenidas en el Acuerdo de Cuenta de Custodia, los Términos y Condiciones de la HSA, y la Declaración de Divulgación de la HSA. También reconozco que el Proveedor de Servicios del Plan (PSP) indicado al pie de este formulario está autorizado para realizar transacciones en mi cuenta, y que todas esas transacciones iniciadas por el PSP deben tratarse como si hubieran sido iniciadas directamente por mí, el Titular de la cuenta. Al presente soy, o lo seré en la fecha de mi primera contribución, un individuo elegible tal cual se describe en el Acuerdo de Cuenta de Custodia. Comprendo que soy el responsable de mantener mi elegibilidad, y que el custodio asumirá que todas las contribuciones se hacen mientras yo soy elegible para hacerlas. Al presente estoy, o lo estaré en la fecha de mi contribución, cubierto por un Plan de Salud de Alto Deducible (High Deductible Health Plan, HDHP) que cumple con los requisitos detallados en el Acuerdo de Cuenta de Custodia.

Firma del Titular de la cuenta

Fecha



Beneliance

PO Box 55068 | Little Rock, AR 72215

Customer Service: Toll-Free 877-685-0655

benefits@beneliance.com

beneliance.com