

FOLLETO DE INSCRIPCIÓN DE FSA

Es hora de inscribirse en Flex Benefits.....	2
Preguntas frecuentes de FSA y tarjetas de débitos	3
Gastos elegibles/No elegibles.....	5
Aplicación Summit Mobile	6
Cómo presentar un reclamo	8
Formulario de reclamo de salud de FSA.....	9
Formulario de reclamo de DCAP	10
Formulario de elección.....	11

Es hora de inscribirse en Flex Benefits

Las Cuentas de Gastos Flexibles (Flexible Spending Accounts, FSA) son una gran manera de ahorrar impuestos en el dinero que usted gasta en gastos médicos y de cuidado de dependientes.

Esto es debido a que usted no paga impuestos sobre la renta ni impuestos del Seguro Social sobre el monto de su elección (el dinero que usted reservó). Una cuenta FSA de salud se usa para gastos médicos, y una FSA de cuidado de dependientes (también denominada Plan de Asistencia de cuidado de dependientes) se usa para los gastos de guardería infantil.

FSA de salud

En una cuenta FSA de salud, puede reservar fondos para pagar gastos médicos, dentales y de la vista no reembolsados (es decir, facturas no pagadas por ningún seguro). Este dinero se deduce de su salario antes de calcular las retenciones federales y estatales y los impuestos FICA. Para acceder a sus fondos FSA para pagar gastos médicos, tan solo use su tarjeta de débito Mastercard® para pagar la factura (evitando el costo de bolsillo), o presente una reclamación manual para el reembolso por fax, correo electrónico, correo postal, en línea o mediante la aplicación móvil. Los reembolsos se pueden depositar directamente a su cuenta bancaria.

Para ver una lista de gastos médicos calificados, consulte la página 5.

Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes

Con una FSA de cuidado de dependientes, usted puede separar hasta \$7,500 mediante el plan de cafetería de su empleador para cubrir los gastos de cuidado de dependientes mientras usted está en el trabajo. DCAP se aplica a los niños desde su nacimiento hasta que cumplen 13 años y puede reembolsar gastos de guardería, preescolar y pre-

Límites de las contribuciones a las Flexible Spending Account (FSA):

FSA de salud: \$3,400

FSA de cuidado de dependientes: \$7,500

kinder, atención antes y después de la escuela, y campamento de verano (solo campamento diurno). También puede usar una FSA de cuidado de dependientes para cubrir los costos de cuidado de dependientes adultos que no pueden cuidar a sí mismos mientras usted está en el trabajo.



Usted recibirá una tarjeta de débito azul de beneficios Summit.

Tarjeta de débito de FSA

Su empleador está ofreciendo una tarjeta de débito de FSA para que usted pagar los gastos elegibles sin pagar de su bolsillo y tener que esperar por el reembolso. La tarjeta de débito es un facilitador de pagos que se puede usar en instalaciones de atención de la salud, médicos, dentistas y ortodoncistas, proveedores de cuidado de la vista, farmacias y minoristas seleccionados.

Su tarjeta de débito se aprobará automáticamente al usarse para comprar artículos elegibles para la FSA en cualquier Comerciante Calificado aprobado por IIAS. Cuando use su tarjeta de débito, cerciórese de conservar todos los recibos. Su administrador de beneficios puede solicitarlos en cualquier momento para verificar su compra.

Preguntas frecuentes sobre cuentas de gastos flexibles y tarjetas de débito

P: ¿Qué sucede si no estoy cubierto o no tengo cubiertos a mis dependientes en virtud del plan de seguro de salud de mi empresa?

R: Usted y su familia aún pueden participar en la cuenta de reembolso de la FSA de salud o de cuidado de dependientes.

P: ¿Por qué debo participar en la FSA de salud si ya tengo un seguro médico?

R: La FSA de salud se usa para pagar los gastos que no están cubiertos por la mayoría de las pólizas de seguro de salud, tales como copagos, coseguro, medicamentos recetados, anteojos y lentes de contactos, ortodoncia, atención dental y determinados artículos de venta libre, por nombrar unos pocos.

P: ¿Debo tener muchos gastos?

R: No. Usted debe reservar solo los fondos suficientes como para cubrir lo que espera gastar durante el año del plan. Si usted no usa el dinero, el IRS exige que lo pierda, salvo que su plan permita que el dinero no gastado de la FSA de salud (hasta un máximo de \$680) se transfiera al siguiente año del plan. Revise su Descripción del resumen del plan (Summary Plan Description, SPD) para ver si su plan incluye la transferencia.

P: ¿Cómo calculo cuánto reservar?

R: Revise los recibos y verifique los registros para ver lo que normalmente gasta de su bolsillo en gastos médicos para usted y sus familiares calificados. Entonces piense en qué podría cambiar este año que causaría un aumento o disminución.

P: ¿Cuál es el monto mínimo/máximo que puedo depositar a mi cuenta?

R: Su empleador determina estos montos y se especifican en su SPD. El máximo no puede superar los máximos indicados por el IRS. Consulte la parte superior de la página 2.

P: ¿Cuándo deben incurrirse los gastos para poder recibir un reembolso en virtud de la FSA de salud?

R: Los gastos médicos elegibles deben incurrirse durante el año del plan y mientras usted es un participante del Plan. "Incurridos" significa que el servicio o tratamiento se ha proporcionado. Si usted paga un gasto elegible por adelantado, no puede recibir un reembolso hasta que el servicio o tratamiento haya sido recibido realmente. Tampoco puede recibir un reembolso con fondos del año del plan actual por gastos incurridos:

- Antes del comienzo del año del plan;
- Antes de que entrara en vigor su formulario de elección;
- Después del cierre del año del plan; o bien,
- Después de una separación del empleo o pérdida de elegibilidad (salvo que se incurra durante un período de continuación de COBRA aplicable).

Hoja de trabajo de FSA

Use esta hoja para estimar el monto que desea reservar en sus cuentas de gastos flexibles

Deducibles de seguro.....\$_____

Copagos de seguro.....\$_____

Deducibles dentales.....\$_____

Gastos dentales.....\$_____

Deducibles de la vista.....\$_____

Gastos de la vista.....\$_____

Gastos auditivos.....\$_____

Recetas.....\$_____

Equipos médicos.....\$_____

Quiropráctico.....\$_____

Otros gastos médicos.....\$_____

Total de gastos de su bolsillo

Gastos médicos.....\$_____

Divididos entre la cantidad de períodos
de pago al año..... ÷ _____

= Deducción por nómina

Para FSA de salud.....\$_____

cuidado de dependientes para niños menores de 13 años

Costo semanal.....\$_____

Multiplicar por 52 semanas.....X_____

Costo anual total.....\$_____

(Máximo de \$7,500)

Divididos entre la cantidad de
períodos de pago al año..... ÷ _____

= Deducción por nómina

para DCAP.....\$_____

Preguntas frecuentes para Flexible Spending Accounts (FSA)

P: ¿Qué sucede si tengo un reclamo a inicios del año del plan y no tengo suficiente dinero en mi cuenta?

R: Usted es elegible para usar el 100 % de su elección de la FSA de salud al comienzo del año del plan, debido a una disposición denominada "Regla de Cobertura Uniforme". Sus deducciones de nómina se seguirán realizando durante todo el año del plan para ponerse al día con cualquier gasto que se le haya adelantado a usted. Para la FSA de cuidado de dependientes, se le reembolsará según sus deducciones sean depositadas con su empleador.

P: Si estoy depositando mi propio dinero antes de impuestos en una cuenta de gastos, ¿por qué habría de perderlo si no lo gasto?

R: Este es un requisito del IRS. Si su plan no incluye la transferencia, puede ser que tenga un período de gracia de hasta 2.5 meses contados desde el final del año del plan para usar cualquier fondo sobrante. Quizás también cuente con un período para agotar los fondos contado desde el final del año del plan para presentar reclamos elegibles. Consulte su SPD.

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

R: Siempre debe conservar sus recibos, incluso cuando use su tarjeta de débito de la FSA. Con una tarjeta de la FSA, sus transacciones deben aprobarse automáticamente; sin embargo, su administrador puede solicitar el recibo en cualquier momento para poder verificar una transacción. Sin una tarjeta de la FSA, tendrá que enviar un formulario de reclamos firmado con documentación de reclamos válida.

P: ¿Qué es requiere en términos de documentación de reclamos?

R: Usted debe enviar una copia de su estado de cuenta, factura, registro de visita, explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB) u otro documento que muestre la fecha y el tipo de servicio, el monto cobrado y el proveedor. Los cheques cancelados y los recibos de tarjeta de crédito no son recibos calificados.

P: ¿Puedo cambiar mis contribuciones en el transcurso del año?

R: Solo si experimenta un cambio de estado calificado, como un matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción o un cambio en su estado laboral o el de su cónyuge.

P: ¿Se pueden reembolsar los gastos por cuidado de dependientes al principio del mes por la atención que se proporcionará más tarde en ese mes?

R: No, los reglamentos exigen que los reclamos por cuidado de dependientes solo se pueden reembolsar cuando un servicio realmente ha sido recibido. Si usted paga por anticipado por un determinado período de tiempo, no se le puede reembolsar hasta que el período haya terminado (es decir, hasta que se haya recibido la atención).

P: ¿Puede un empleado que participa en la FSA de cuidado de dependientes también reclamar el Crédito Tributario por cuidado de dependientes?

R: No. No se permite la acumulación de beneficios por partida doble.

Si usted está usando DCAP, no puede elegir además el crédito tributario sobre el mismo monto de dinero. Consulte con un preparador de impuestos para obtener más información.

P: ¿Cómo accedo a mis fondos en una FSA? ¿Qué es la tarjeta de débito Summit?

R: Usted recibirá una tarjeta de débito de beneficios que está vinculada a su cuenta de FSA. Dicha tarjeta es una Mastercard® de propósito limitado que está cifrada para su uso con proveedores médicos solamente. Esta tarjeta de débito Summit le permite cubrir los gastos calificados sin tener que pagarlos primero de su propio bolsillo y luego tener que 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 Summit 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: ¿Tiene el proveedor que hacer algo diferente para aceptar la tarjeta de débito de la FSA?

R: No. La tarjeta es compatible con los sistemas de procesamiento Mastercard estándar. El único requisito es que los Códigos de Categoría de Comerciante de la tarjeta de crédito del proveedor coincidan con los asignados a bienes y servicios calificados (es decir, la tarjeta no funcionará en una estación de gasolina, tienda de mascotas, peluquería, etc.)

P: ¿Qué sucede si no hay suficiente dinero en mi FSA 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 de la FSA tiene algún límite de transacción?

R: Tanto el límite por transacción como el límite máximo de transacciones diarias combinadas para su tarjeta de débito Summit es de \$5,000.

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 Summit y mediante la aplicación móvil Summit. 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 summit

Beneficios a su alcance

Acceda a la información de su cuenta de beneficios para empleados en su dispositivo móvil con la aplicación Mobile Summit para Apple y Android.

Qué puede hacer con Mobile Summit

- ✓ **Ver cuentas** – Acceda a información detallada sobre saldos y cuentas, incluidas las alertas.
- ✓ **Actividad de la tarjeta** – Revise la información de las transacciones, incluso si se necesitan recibos
- ✓ **Presentar una reclamación** – Presente fácilmente una reclamación utilizando su smartphone o dispositivo móvil. Solo tiene que iniciar una reclamación usando la aplicación, llenar algunos detalles en pantalla, tomar una foto al recibo con la cámara de su smartphone y cargarlo. ¡La presentación de reclamaciones no puede ser más fácil!



Localización y carga de la aplicación Mobile Summit

Busque "Mobile Summit" en la App Store para productos Apple o en Google Play Store para productos Android, y cárguela como lo haría con cualquier otra aplicación.



Inicio de sesión

Mobile Summit utiliza las mismas credenciales de inicio de sesión que el portal de participantes en línea. Una vez que se haya registrado en línea, inicie sesión en Mobile Summit utilizando el mismo nombre de usuario, contraseña y código TPA.* Después de iniciar sesión en la aplicación Mobile, se encontrará en la página de inicio, que enumera sus opciones de navegación.

**Las credenciales de inicio de sesión incluyen el nombre de usuario, la contraseña y el código TPA proporcionado por el administrador de su plan. Si el código TPA no está disponible, puede utilizar la URL de su portal de cuenta Summit en línea. Solo tiene que ingresar la URL en el campo Código TPA (ejemplo de URL: www.MySummitTPA.com).*



Obtener ayuda

Haga clic en el ícono Contacto situado en el menú de 3 líneas en la parte superior de la página para acceder a la información de contacto de su administrador, que podrá proporcionarle asistencia.



Guía de inicio rápido para **summit** Mobile

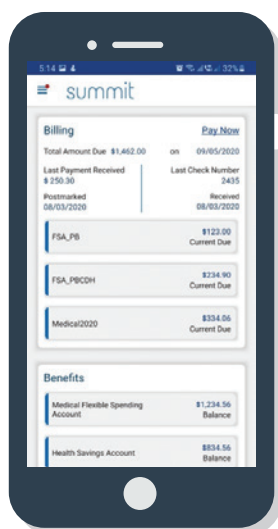
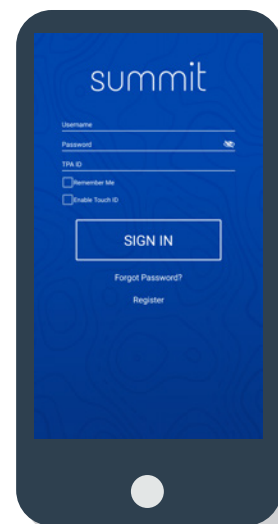
Inicio de sesión

Abra la aplicación Mobile Summit. Utilice el mismo nombre de usuario y contraseña para iniciar sesión que utiliza para acceder al portal completo de Summit en línea.

¿Qué puede hacer con Mobile Summit?

Una vez que inicie sesión, aparece en pantalla la página de inicio.

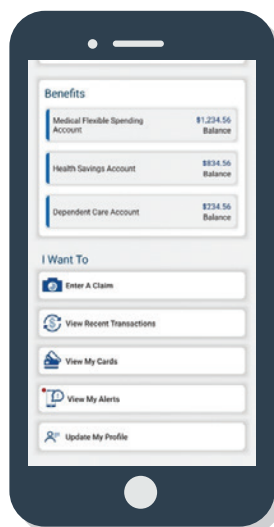
Nota: Su página de inicio puede tener un aspecto distinto al que se ve aquí, dependiendo de los beneficios que tenga disponibles.



Página de inicio – La sección Facturación

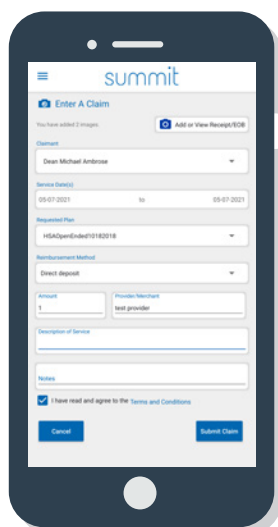
aparecerá para los participantes que tengan al menos una cobertura de facturación de primas (COBRA, facturación directa o de jubilados). Vea los detalles de su cuenta o haga clic en Pagar ahora para pagar una prima vencida.

La sección **Beneficios** muestra todos los beneficios activos y del año anterior y su saldo para los participantes con beneficios CDH (FSA, DCAP, HRA, HSA, Tránsito). Navegue a la página Detalle de la cuenta haciendo clic en un beneficio concreto.



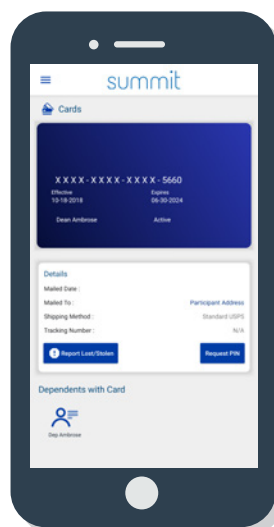
Quiero –

La sección **Quiero** en la parte inferior de la página de inicio le permite acceder rápidamente a las funciones disponibles de la aplicación. Puede navegar fácilmente para presentar una reclamación, solicitar un retiro o reembolso, ver transacciones recientes, ver alertas y actualizar su perfil. Solo los participantes en Premium Billing verán los elementos del menú relacionados con las actividades de facturación



Presentar una reclamación –

Mobile Summit proporciona una forma rápida, conveniente y segura de presentar reclamaciones utilizando la cámara de su smartphone. Ingrese la información de la reclamación, incluido el reclamante, las fechas del servicio, el monto, el proveedor/ comerciante y el método de reembolso, y entonces cargue una foto del recibo o EOB, y envíe para su procesamiento.



Tarjetas –

View card details Ver detalles de la tarjeta muestra el nombre en la tarjeta que se le ha emitido, el número de la tarjeta, la fecha de vencimiento y el estado actual. También puede ver a los dependientes que son titulares de tarjetas. Si pierde o le roban la tarjeta, puede informarlo a través de esta pantalla.



Transacciones – Acceder a una lista de transacciones en todas las cuentas, ordenadas por fecha. Seleccione una transacción para ver los detalles.



Perfil – Acceda a su perfil y vea la información. Puede editar la información desde esta pantalla



Alertas – Ver todas las alertas para sus cuentas y tarjetas.

Cómo someter un reclamo de reembolso (FSA)

Todas las secciones del formulario de reclamo deben completarse para poder recibir un reembolso.

Sección 1 del Formulario de Reclamo: Información del empleado

La siguiente información debe incluirse para cada reclamo:

- Número de Seguro Social del empleado (Participante)
- Nombre del empleado
- Dirección del empleado
- Número telefónico del empleado

Sección 2 del Formulario de Reclamo: Información del reclamo

Lo siguiente debe incluirse para cada reclamo:

Para gastos médicos

- Fecha del servicio
- Nombre del paciente
- Nombre del proveedor
- Descripción del servicio
- Monto del reclamo

Para gastos de cuidado de dependientes:

- Fecha del servicio
- Nombre del dependiente
- Edad del dependiente
- Nombre del proveedor de atención
- Dirección del proveedor de atención
- Número de identificación fiscal/Número de Seguro Social del proveedor
- Monto del reclamo

Para gastos médicos, usted debe proporcionar un recibo del proveedor o una explicación de beneficios de la compañía de seguros (explanation of benefits, EOB) que contenga TODA la información

listada bajo "Para gastos médicos" más arriba. Los cheques cancelados, recibos de tarjeta de crédito no detallados o recibos genéricos de pago en efectivo no proporcionan toda la información necesaria para evidenciar los reclamos y no se pueden aceptar. Los estados de cuenta con "Saldo previo", "Saldo acarreado", o "Pagado a la cuenta" no contienen toda la información necesaria y no se pueden aceptar.

Para los gastos de atención diurna de dependientes,

Para los gastos de atención diurna de dependientes, usted debe proporcionar un recibo que contenga TODA la información que aparece en "Para los gastos de atención diurna de dependientes" o una firma del proveedor de atención en el formulario de reclamo completado. Los gastos presentados para reembolso por concepto de cuidado de dependientes deben permitir que el participante sea empleado remunerado (o que esté buscando trabajo). Los campamentos de estadía nocturna, las tarifas de actividades extracurriculares, el cuidado de niños mayores de 12 años y las tarifas de escuelas privadas (para los grados de kindergarten en adelante) no son gastos elegibles para el reembolso de cuidado de dependientes.

Sección 3 del Formulario de Reclamo: Firma

El participante debe firmar y fechar el formulario de reclamo para que los reclamos se reembolsen.

Para el reembolso

Envíe el formulario de reclamo por correo electrónico, correo postal, fax, sitio web de su administrador o aplicación móvil (si corresponde).

Para un reembolso más rápido, envíe los reclamos a través del FAX, CORREO ELECTRÓNICO o la APLICACIÓN MÓVIL

Formulario de reclamo – Reembolso de la FSA de salud o validación de la tarjeta

☐ Marque aquí si la dirección postal es nueva☐ Marque aquí si la dirección de correo electrónico es nueva

Nombre del empleador (en letra de imprenta)_____

Empleado Apellido _____Nombre de pila _____Segunda inicial _____

Dirección _____Ciudad _____Estado _____Código postal _____

Número de Seguro Social _____Teléfono residencial () _____Teléfono del trabajo () _____

Dirección de correo electrónico del empleado _____

Lea las Reglas de las cuentas de reembolso y las Instrucciones de presentación de reclamos antes de completar este reclamo. Toda la información a continuación debe ser completada.

¿Compra de tarjeta de débito?	Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)	Nombre del paciente y parentesco	Nombre del proveedor y dirección	Descripción del servicio	Monto
☐ YES ☐ NO					\$
☐ YES ☐ NO					\$
☐ YES ☐ NO					\$
☐ YES ☐ NO					\$
☐ YES ☐ NO					\$
☐ YES ☐ NO					\$
☐ YES ☐ NO					\$
Total					

Certificación del empleado para el desembolso
Yo certifico que los gastos de reembolso solicitados a mis cuentas fueron incurridos por mí (y/o mi cónyuge y/o dependientes elegibles), no fueron reembolsados por ningún otro plan, y a mi leal saber y entender, son elegibles para el reembolso bajo mi Planes de reembolso. Yo (o nosotros) no usaremos los gastos reembolsados a través de esta cuenta como deducciones o créditos al presentar mi (nuestra) declaración de impuestos individual. Yo comprendo que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, administrador o proveedor de servicios del plan, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito castigable por la ley.

Firma del empleado _____Fecha ____ / ____ / ____
mm/dd/aa

Para un reembolso más rápido, envíe los reclamos a través del FAX, CORREO ELECTRÓNICO o la APLICACIÓN MÓVIL

Formulario de reclamo – Reembolso DCAP

☐ Marque aquí si la dirección postal es nueva

☐ Marque aquí si la dirección de correo electrónico es nueva

Nombre del empleador (en letra de imprenta) _____

Empleado Apellido _____ Nombre de pila _____ Segunda inicial _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social _____ Teléfono residencial () _____ Teléfono del trabajo () _____

Dirección de correo electrónico del empleado _____

Reclamos de cuidado de dependientes

Lea las Reglas de las cuentas de reembolso y las Instrucciones de presentación de reclamos antes de completar este reclamo. Si necesita más espacio, use una copia de este formulario. Toda la información a continuación debe ser completada.

Período de servicio		Nombre del dependiente	Edad	Nombre del proveedor y dirección	Número de identificación fiscal/Número de Seguro Social del proveedor	Monto
A	De					
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
Total del						\$

Employee's Certification for Disbursement

Yo certifico que los gastos de reembolso solicitados a mis cuentas fueron incurridos por mí (y/o mi cónyuge y/o dependientes elegibles), no fueron reembolsados por ningún otro plan, y a mi leal saber y entender, son elegibles para el reembolso bajo mi Planes de reembolso. Yo (o nosotros) no usaremos los gastos reembolsados a través de esta cuenta como deducciones o créditos al presentar mi (nuestra) declaración de impuestos individual. Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, administrador o proveedor de servicios del plan, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito castigable por la ley.

Firma del empleado _____ Fecha ____ / ____ / ____
mm/dd/aa

Para un reembolso más rápido, envíe los reclamos a través del FAX, CORREO ELECTRÓNICO
o la APLICACIÓN MÓVIL

Beneliance | Toll-free: 877-685-0655 | Fax: 855-445-1696
PO Box 55068, Little Rock, AR 72215 | benefits@beneliance.com | beneliance.com

Formulario de elección

– Si no está realizando una elección para el presente año, llene su nombre en la parte superior y firme en el extremo inferior para renunciar a la participación –

Nombre del empleador (en letra de imprenta) _____

Empleado Apellido _____ Nombre de pila _____ Segunda inicial _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social _____ Teléfono residencial () _____ Teléfono del trabajo () _____

Dirección de correo electrónico del empleado _____

Por el presente autorizo e instruyo a mi empleador a reducir mis ganancias en la cantidad necesaria para financiar mi Plan de Cafetería como se indica a continuación. Comprendo que dichas reducciones, consideradas contribuciones electivas en virtud del Plan, comenzarán con mi primer cheque de nómina fechado después de que comience el año del plan. Comprendo que el propósito de este programa es permitir que los empleados seleccionen beneficios calificados dentro de las pautas del Código de Impuestos Internos. También comprendo que el (los) plan(es) de cuenta de gastos flexibles me permitirá(n) ser reembolsado por gastos médicos, dentales, de la vista y/o de cuidado de dependientes elegibles.

☐ Elijo participar en las elecciones de la Cuenta de Gastos Flexibles (Flexible Spending Account, FSA).

FSA de salud – Gastos médicos \$ _____ (monto anual)

DCAP – Dependent Care (Child Care) Expenses..... \$ _____ (monto anual)

☐ Elijo la tarjeta de débito como mi método de pago.

Comprendo que la tarjeta de débito está restringida a ciertas categorías de comerciantes y que no se acepta en todas las ubicaciones de aceptación de Mastercard®. Comprendo que no puedo obtener un adelanto en efectivo con la tarjeta de débito con ningún comerciante, banco o cajero automático (ATM). Comprendo que la tarjeta de débito debe usarse exclusivamente para Gastos calificados según los define el (los) plan(es) en el (los) que participo. Si la tarjeta de débito se emite de conformidad con los Planes del empleador y uso la Tarjeta para un gasto que no es un Gasto calificado, estoy en deuda con mi empleador y debo pagar el monto total del gasto no calificado. Acepto guardar todas las facturas y recibos relacionados con cualquier gasto pagado con la tarjeta de débito; a solicitud de mi administrador de beneficios, debo presentarle estos documentos para su revisión. De no enviarse el (los) recibo(s), el gasto se tratará como un gasto no calificado y tendré que enviar el pago a mi empleador. El pago puede ser en la forma de un reclamo de compensación, cheque personal, retiro electrónico de mi cuenta personal de cheques o de ahorros, una deducción post-impuesto de mi cheque de nómina u otras opciones establecidas por mi empleador.

Solicitud de tarjeta adicional: Nombre en la 2.ª tarjeta (no puede ser el mismo que el del empleado) _____

☐ Elijo el depósito directo como mi método de pago.

Números de enrutamiento
(Las 9 casillas deben llenarse)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

tránsito Número de cuenta
(Incluya guiones, pero no espacios ni símbolos especiales)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

– ADJUNTE UN CHEQUE CANCELADO AQUÍ –

NO adjunte una hoja de depósito ya que estas a menudo no muestran toda la información necesaria

Comprendo que este acuerdo de reducción salarial permanecerá en vigor y no podrá ser revocado o cambiado durante el año del plan, a menos que la revocación y la nueva elección sean a consecuencia de, y cónsonos con, un cambio en mi estado familiar. Por el presente certifico que la información que antecede es correcta y verdadera y yo elijo participar.

de la Firma _____ Fecha _____

O BIEN Yo elijo no participar en la FSA para este año del plan (firme en la línea inferior).

de la Firma _____ Fecha _____

Beneliance | Toll-free: 877-685-0655 | Fax: 855-445-1696
PO Box 55068, Little Rock, AR 72215 | benefits@beneliance.com | beneliance.com



Beneliance

PO Box 55068 | Little Rock, AR 72215

Customer Service: Toll-Free 877-685-0655

benefits@beneliance.com

beneliance.com