

FlexMagic™ - Plan de Beneficios Flexibles
Instrucciones de Reembolso

Una vez que se haya inscrito en el Plan de Beneficios Flexibles, las cantidades que haya elegido en su Formulario de Elección para el Empleado se tomarán de su salario bruto cada período de pago durante el Año de Vigencia del Plan entero, a menos que ocurra un Cambio de Status elegible que le permita modificar su elección original. Estos dólares se apartan en dos Cuentas de Gastos separadas:

1. Cuenta de Gastos para Cuidado de Hijos/Dependientes

Los gastos deben ser para hijos elegibles menores de 13 años o para un dependiente que tenga una incapacidad física o mental que requiera supervisión. Solamente los gastos que son necesarios para el empleo suyo y de su cónyuge son permisibles.

2. Cuenta de Gastos para Cuidado de Salud

Esto incluye gastos médicos, dentales y de la visión que salgan de su propio bolsillo y que no serán reembolsados por el seguro u otro plan médico de reembolso. Las primas de seguro no son un gasto elegible por medio de esta Cuenta de Gastos.

El Reclamo del Dinero de Su Cuenta de Gastos

Usted puede reclamar el dinero de su Cuenta de Gastos presentando un formulario de reclamo de reembolso junto con copias de sus recibos de gastos (ver Documentación de Reclamos).

Usted solamente podrá reclamar reembolso de los gastos que puedan ser comprobados con recibos. Podrá reclamar cualquier gasto elegible que haya sido hecho durante el Año de Vigencia del Plan mientras que sea un participante activo en el Plan.

Las Cuentas de Gastos no son intercambiables – usted no podrá utilizar dinero que haya sido apartado para cuidado de hijos/dependientes en gastos de cuidado de salud o viceversa. Si el IRS audita su declaración de impuestos, usted debe poder proporcionar recibos originales para poder validar los dólares libres de impuestos que recibió.

El dinero de Cuentas de Gastos reclamado por usted es libre de impuestos y no se muestran como ganancias en el formulario W-2. Usted recibirá una declaración de todo el año de su Departamento de Planilla o un Tercer Administrador, para mostrar el valor de sus pagos de beneficios libres de impuestos. El dinero, reclamado por medio del Plan, no puede ser utilizado hacia el crédito de impuestos o como una deducción en su declaración de impuestos.

Usted tiene un período de gracia de 90 días después del final del Año de Vigencia del Plan para reclamar los fondos restantes de las Cuentas de Gastos. Sin embargo, los gastos tienen que haberse incurrido durante el Año de Vigencia del Plan mientras estuvo activo. Después del período de gracia de 90 días cualquier dinero restante en las Cuentas de Gastos será perdido, a menos que el patrón, bajo su propia y exclusiva discreción, devuelva las ganancias experimentadas a los participantes del Plan (ver Ganancias Experimentadas).

Para Reclamar Dinero de Sus Cuentas de Gastos

1. Complete el Formulario de Reclamo e incluya una copia de su(s) recibo(s) de gastos y cualquier documentación requerida para su reclamo.
2. Asegúrese de que el Formulario de Reclamo está *firmado y con fecha*.
3. Envíe por fax o correo el Formulario de Reclamo, cópiele su documentación de reclamo al individuo o departamento especificado en su Página de Información y Reglas del Plan de Beneficios Flexibles.
4. Usted recibirá su reembolso libre de impuestos tal como se explica bajo sus reglas del Plan.

Acta de Movilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA)

Bajo las regulaciones de HIPAA, a usted se le asegura que cierta información llamada Protected Health Information (PHI) (Información de Salud Protegida) será confidencial. Divulgación de su información PHI para cualquier otro propósito que no sea “Administración del Plan” como control de calidad, proceso de reclamos, verificación y revisión o para obtener pago será limitada y sujeta a regulaciones estatales y federales. Para obtener mas información acerca de estas Reglas de Privacidad, contacte a su coordinador de Plan de Beneficios Flexibles para recibir una Noticia de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) completa.

Documentación de Reclamos

Gastos de Cuidado de Hijos o Dependientes:

- El recibo debe mostrar el costo del cuidado, las fechas de servicio y los nombres de los hijos o dependientes para los cuales se proporcionó cuidado.
- Los servicios deben ser para hijos elegibles menores de 13 años o para un dependiente mayor que tenga una incapacidad física o mental que requiera supervisión de modo que Ud. pueda trabajar.
- El cuidado **debe ser necesario para el empleo suyo y de su cónyuge**. Ambos cónyuges deben tener ingresos reportables y los gastos reembolsados están limitados al ingreso del cónyuge con menor ganancia.
- El recibo debe mostrar que servicio fue incurrido durante el período elegible.
- No puede pagarle a un cónyuge o dependiente menor de 19 años para que cuide a sus hijos o dependientes.
- El recibo debe estar firmado por un proveedor tercero (cuidador) y mostrar el Número de Seguro Social o FEIN del proveedor. *Se le requiere poner el nombre, la dirección y el Número de Seguro Social o FEIN del proveedor en su declaración de impuestos Federal.*

Gastos de Cuidado de Salud:

- El recibo debe incluir el nombre del proveedor, el tipo de servicio, la fecha del servicio, el miembro de la familia para el cual se proporcionó el servicio, prueba de que el servicio fue incurrido durante el período elegible, y documentación de que el gasto no fue pagado por un plan de seguro. Una copia de la “Explicación de los Beneficios” (EOB) de su corredor de seguro demuestra que el servicio no se pagó con seguro.
- Los servicios elegibles no podrán ser reembolsados por el seguro o por ningún otro plan.
- Los servicios deben ser incurridos durante el Año de Vigencia del Plan, mientras que usted sea un participante activo del Plan.
- El reembolso para gastos de millaje es de \$.13 por milla para servicios médicos. Usted debe mantener un registro de millaje del viaje con lecturas de odómetro, fecha de visita, motivo de visita y nombre del miembro familiar. Cuotas de estacionamiento y peajes también son gastos reembolsables, con prueba de pago. Consulte con su Coordinador de Plan de Beneficios Flexibles para la elegibilidad.

Contacte a su Coordinador de Plan de Beneficios Flexibles si tiene preguntas.

NOTA: Los gastos reembolsados por medio del Plan de Beneficios Flexibles no pueden reclamarse como una deducción o un crédito en su declaración de impuestos.

Procedimientos para Apelación por Negación de Reclamos:

Un reclamo es una solicitud de beneficio del Plan por un participante o beneficiario. A menos que se describa lo contrario en resúmenes o libretos aplicables describiendo los beneficios proporcionados por medio de este Plan (tales como libretos para corredores de seguro o resúmenes del patrón describiendo sus beneficios), si usted presenta un reclamo por beneficios y es negado, enteramente o en parte, usted o su beneficiario recibirá una explicación por escrito del Administrador en el transcurso de 30 días después de presentar el reclamo. Si se requiere, por circunstancias especiales, el Administrador podrá tomar hasta unos 15 días adicionales para contactarle. El Administrador debe notificarle sobre esta extensión antes del fin del período de 30 días inicial.

La explicación del Administrador debe declarar las razones específicas de la negación, referencias a secciones pertinentes en el documento del Plan, información adicional que usted debe proporcionar para mejorar su reclamo, y el procedimiento disponible para más revisión de su reclamo.

Si usted no está de acuerdo con las razones de la negación de su reclamo, puede solicitar una revisión durante los 180 días de haber recibido la negación. Debe adjuntar cualesquiera documentos o registros que apoyarán su apelación. Como parte del procedimiento de revisión, a usted le debe ser permitido solicitar y recibir copias de documentos pertinentes, aunque en algunos casos, podrá ser necesitada aprobación para emitir información confidencial, tales como registros médicos. Usted debe presentar asuntos y comentarios por escrito. Puede tener a alguien que actúe como su representante en el procedimiento de revisión, si lo desea.

Una decisión se dará por escrito durante los 60 días siguientes de haber recibido su solicitud de revisión o la fecha en la que toda la información que se le requiera sea suministrada, cualquiera que sea de fecha posterior. Si circunstancias especiales requieren de una extensión de tiempo, una notificación por escrito de la extensión le será enviada y una decisión se tomará a más tardar 120 días después del recibo de su solicitud para revisión. Notificación de la decisión en la revisión será descrita claramente y especificará la razón por la decisión.