



Inscríbese en un Plan de gasto flexible

Pague sus gastos elegibles, médicos y dependientes del servicio de guardería infantil con dólares preimpositivos y el golpetazo de los Beneficios de MGIS que Compran Tarjeta

¿QUÉ ES UNA CUENTA DE GASTO FLEXIBLE?

Una Cuenta de gasto flexible es un beneficio patrocinado por el empleador que le permite pagar ciertos gastos médicos (que no están cubiertos por su plan de seguro médico) para usted, su cónyuge y sus dependientes fiscales elegibles con dólares antes de impuestos. Usted también puede usar los dólares antes de impuestos de una Cuenta de gasto flexible para pagar los gastos de guardería infantil de un dependiente, que le permiten trabajar a usted y su cónyuge.

Como este beneficio usa dólares antes de impuestos, una Cuenta de gasto flexible es una buena manera de ahorrar dinero en los costos de atención médica y guardería infantil de dependientes mientras que aumenta la parte del dinero que lleva a casa! Usted ahorrará en el dinero que contribuye en FICA e impuestos estatales y federales, lo que significa que, de acuerdo a su categoría fiscal, usted podría ahorrar hasta un 40% de cada dólar del plan que usted gaste.

PRESENTAMOS EL MGIS BENEFICIA COMPRAR TARJETA

El MGIS Beneficia Comprar Tarjeta facilita más que nunca el uso de un plan de Beneficios Flex. La tarjeta le ofrece una manera cómoda para pagar su porción de gastos de bolsillo en el punto de servicio, por lo que no hay el problema de tener que pagar el servicio por adelantado y luego tener que esperar el reembolso.

CÓMO FUNCIONA

Usar la tarjeta es tan fácil como 1-2-3. Usted simplemente:

1. Da la tarjeta al proveedor al momento del servicio para pagar su porción del gasto elegible.
2. Pide que el proveedor autorice el cargo a la tarjeta por el monto de su porción del gasto elegible. La cantidad será descontada automáticamente de su Cuenta Flex.

3. Obtiene un recibo del proveedor por el gasto cargado a la tarjeta.

ACERCA DE LOS PLANES

A continuación hay un breve resumen de los diferentes

Gran ahorros de impuesto.	Sin un Plan de gasto flexible	Con un Plan de gasto flexible
Ingresos anuales	\$40,000	\$40,000
Contribución para Dar cuenta (antes de impuestos)	\$0	\$2,000
Los impuestos Pagaron (estimado en 35%)	\$14,000	\$13,300
Ingresos postimpositivos	\$26,000	\$26,700
Aumente en Ingresos Postimpositivos Anuales		\$700

Usted puede calcular sus ahorros estimados visitando "Calcule sus ahorros" en nuestro sitio web www.We-R-CDH.com.

planes de gasto flexible ofrecidos por su empleador. Visite nuestro sitio web Flex para encontrar más detalles.

Cuenta de gasto flexible para atención médica (FSA)

El FSA de Atención médica es un plan de reembolso de gastos médicos que le permite pagar gastos médicos elegibles (bajo el párrafo 213 del Servicio de rentas internas, IRS) con dólares antes de impuestos. Los gastos elegibles pueden incluir copagos, deducibles, medicamentos de receta, algunos medicamentos de venta libre, anteojos, lentes de contacto y mucho más! Por favor visite la sección de Formularios de nuestro sitio web para consultar la lista completa de gastos permitidos.

Plan de asistencia para dependientes (DCRA)

Al inscribirse en un plan DCRA, usted puede usar dólares antes de impuestos para pagar gastos de guardería infantil de su hijo o dependiente elegible. Solamente son



CONSUMIDOR-DIRIGIO ASISTENCIA SANITARIA

elegibles para reembolso bajo el plan los gastos que les permiten trabajar a usted y su cónyuge (si está casado). Según su categoría fiscal, su participación en el plan DCRA

le ahorrará típicamente más que aprovechar el crédito de impuestos por dependiente de su declaración de impuestos. Por favor vea más información en nuestro sitio web: www.We-R-CDH.com.

INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE USTED DEBE SABER

Usted puede usar la tarjeta en los locales de los proveedores de servicios elegibles que acepten tarjetas Visa® o MasterCard®.

- El cargo a la tarjeta sólo puede autorizarse por el saldo de su cuenta. La transacción será rechazada si trata de autorizar un cargo mayor al saldo disponible en su cuenta. Visite el sitio web Flex para consultar el saldo de su cuenta 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Usted debe conservar los recibos pagados con la tarjeta (como las facturas detalladas de consultas de atención médica, anteojos, medicamentos de receta y servicios de guardería infantil). El IRS exige estos recibos como prueba de la elegibilidad de su gasto.
- Los servicios deben ser incurridos durante el Año del plan actual. Si le facturan después del cierre del Año del plan por un servicio incurrido durante el año del plan, aún así podrá recibir el reembolso por ese servicio.
- Úselo o piérdalo. Todos los fondos sin usar al final del Año del plan actual serán cedidos al Plan. Hay un período de gracia de 30 a 90 días para enviar solicitudes de reembolso después del fin del Año del plan (por servicios incurridos durante el Año del plan).
- Si su proveedor de servicios no acepta Visa® o MasterCard®, usted tendrá que pagar el servicio y enviar un formulario de Reembolso manual (a su disposición en el sitio web CDH).

Llame MGIS. Si su tarjeta no trabaja, puede ser porque su proveedor no utiliza un Código correcto de Comerciante Categoría (MCC) para la tarjeta. Si su transacción falla más que dos veces, por favor llamada MGIS en 1-866-937-3539.

PLAN DE BENEFICIOS FLEXIBLES

FORMULARIO DE ELECCIÓN



Para inscribirse por favor complete la siguiente información, firme y devuelva el formulario a su Representante de recursos humanos.

Use letra de imprenta o escriba a máquina

INFORMACIÓN DEL PLAN	
NOMBRE EMPLEADOR:	AÑO DEL PLAN:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO					
NOMBRE		FECHA DE CONTRATACIÓN <i>(Requerida)</i>		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO	MMDDAA		
DOMICILIO					
NÚMERO Y CALLE		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	E-MAIL	TELÉFONO	SEXO	UBICACIÓN/DEPARTAMENTO	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN DEL PARTICIPANTE			FECHA DE LA PRIMERA DEDUCCIÓN DE NÓMINA		
<small>(Solamente si es diferente del comienzo del Año del plan mostrado anteriormente)</small>			<small>MMDDAA</small>		

INFORMACIÓN DE LA ELECCIÓN		
Entiendo que las reglas del Código de rentas internas me permiten usar una parte de mi salario antes de impuestos para comprar uno o más de los siguientes beneficios elegibles. Por medio de la presente elijo participar en el Plan de beneficios flexibles de mi empleador como se indica a continuación.		
OPCIÓN I	CUENTA DE CONVERSIÓN DE PRIMAS (PCA O POP) Las primas del seguro colectivo que paga con deducciones de nómina.	AUTOMÁTICO No necesita elegir. A no ser que notifique lo contrario a su empleador, su parte de las primas de seguro se pagará automáticamente con dólares antes de impuestos.

POR FAVOR REVISE SU ELECCIÓN Y DE SER APLICABLE LLENE EL MONTO

	OPCIONES DE ELECCIÓN DEL BENEFICIO	ELECCIÓN	DEDUCCIÓN	
OPCIÓN II	CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES DEL SEGURO MÉDICO (FSA) Puede elegir hasta el monto máximo como lo establece el Plan de su empleador.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ _____ POR PERÍODO DE PAGO	NO. DE CHEQUES DE PAGO (p.ej.: 12, 26, etc.) \$ _____ ANUAL
OPCIÓN III	PLAN DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES (DCA) Máximo de \$5,000 por cada año del plan si es padre soltero o si está casado y presenta declaración conjunta de impuestos. Máximo de \$2,500 si está casado y declara impuestos por separado.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ _____ POR PERÍODO DE PAGO	NO. DE CHEQUES DE PAGO (p.ej.: 12, 26, etc.) \$ _____ ANUAL

AUTORIZACIÓN PARA LA ELECCIÓN DEL PARTICIPANTE	
He revisado y entiendo los términos y condiciones al reverso de esta página y en el Resumen de descripción del plan de mi compañía. Entiendo que no puedo cambiar o revocar esta elección durante el año del plan a no ser que tenga un evento de cambio de vida elegible (incluyendo matrimonio, divorcio, muerte, nacimiento o adopción de un hijo; cambios o terminación del empleo de mi cónyuge, cambios en el proveedor de atención de mis dependientes o cualquier otro evento que el patrocinador del plan determine que permita el cambio o la revocación de una elección). También reconozco que soy responsable de conservar todos los recibos que verifiquen todos los gastos elegibles realizados con la tarjeta Flex Convenience® y que debo enviar dichos recibos a MGIS para la validación de los reclamos cuando sea requerido.	
SELECCIONE UNA: <input type="checkbox"/> Sí, se me han explicado los beneficios de este plan y elijo participar como se indica anteriormente. He leído las cláusulas en el reverso de este formulario y con mi firma en este formulario estoy de acuerdo con los términos de las mismas. <input type="checkbox"/> NO, por el momento no deseo participar en un FSA o DCA, pero entiendo que mi inscripción en el PCA/POP es automática. También entiendo que no tendré otra oportunidad de inscribirme en el FSA o DCA sino hasta el próximo período abierto de inscripción de no ser que tenga un evento de cambio de vida elegible.	
OPCIONAL: <input type="checkbox"/> Quisiera solicitar una tarjeta adicional para mi cónyuge o dependiente fiscal: NOMBRE DEL TARJETAHABIENTE ADICIONAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEG. SOC. _____	
FIRMA DEL PARTICIPANTE	X
FIRMA DE RR. HH.	X
	FECHA
	FECHA

SERVIDO POR MGIS

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Gastos de atención médica y de dependientes elegibles: Entiendo que el reembolso sólo esta disponible para "gastos de atención médica elegibles" listados bajo el párrafo 213 y "gastos de cuidados de dependientes elegibles" listados bajo los párrafos 129 y 21 del código de Rentas internas para mí y para mis dependientes elegibles. Estos gastos deben realizarse mientras esté inscrito en el plan. Estoy de acuerdo con notificar al patrocinador del plan o a MGIS si creo que alguno de los gastos para los cuales se me emitió un reembolso no es elegible. También estoy de acuerdo en rembolsar inmediatamente al plan con un cheque o una deducción de mi nómina cualquier gasto realizado con la tarjeta *Flex Convenience*® y que no esté permitido bajo los párrafos 213, 129 ó 21 del código de Rentas internas. Certifico que entiendo que no puedo exigir un reembolso por ningún gasto médico bajo el plan de seguro médico FSA si dicho gasto ha sido o va a ser pagado por otro plan y **reconozco que los gastos médicos no han sido reembolsados o no son reembolsables bajo ninguna otra cobertura de plan de seguro.** También reconozco que soy responsable de conservar todos los recibos que verifiquen todos los gastos elegibles presentados al plan y que debo enviar dichos recibos a MGIS para la validación de los reclamos cuando sea requerido.

Reglas de participación: Entiendo que la información sobre la elegibilidad, beneficios y participación de las cuentas de reembolso está disponible a través de mi patrocinador del Plan. Autorizo las deducciones de nómina para los beneficios seleccionados indicados en este formulario de elección. Entiendo que no puedo cambiar o revocar este acuerdo de reducción en mi compensación dentro del año del plan a no ser que tenga un evento de cambio de vida elegible. En caso de un evento de cambio de vida elegible, debo completar el Formulario de cambio a más tardar 30 días después de la fecha en que el ocurrió el evento si quiero inscribirme o cambiar mi selección o montos de la cuenta de reembolso. Perderé todo derecho sobre cualquier monto que permanezca en las cuentas representadas en este formulario de elección al final del año del plan o que pase del límite de tiempo de envío de reclamos, como está estipulado bajo las normas del código de Rentas internas. **ESTE ACUERDO ESTÁ SUJETO A LOS TÉRMINOS DEL PLAN DE CAFETERÍA, DE REEMBOLSO MÉDICO Y DE ATENCIÓN DE DEPENDIENTES DEL PLAN DEL PATROCINADOR Y COMO SEA ENMENDADO DE VEZ EN CUANDO, DEBE REGIRSE E INTERPRETARSE CUMPLIENDO CON LAS LEYES APLICABLES; DEBE TENER EFECTO COMO INSTRUMENTO APROBADO BAJO LAS LEYES APLICABLES Y REVOCA TODA ELECCIÓN Y ACUERDO DE REDUCCIÓN DE COMPENSACION REALIZADOS ANTERIORMENTE EN RELACIÓN CON DICHO PLAN.**

AUTORIZACIÓN

Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación.

Mi información médica protegida es la información identificable individualmente, incluyendo información demográfica, recabada de mi o creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de seguro médico, mi empleador o clarificadora de atención médica y que esté relacionada con: (i) mi salud o condición física o mental en el pasado, presente o futuro; (ii) la atención médica proporcionada o (iii) el pago de atención médica proporcionada en el pasado, presente o futuro.

Medical Group Insurance Services, Inc. (MGIS) está autorizado para usar o divulgar mi información médica protegida con el propósito de administrar mi cuenta párrafo 125. **También autorizo a que MGIS divulgue mi información médica protegida a mi cónyuge o a mis dependientes. Entiendo que puedo declinar la divulgación de mi información médica protegida (a mi cónyuge y dependientes) enviando una notificación por escrito a MGIS.**

Toda la información médica protegida relacionada con el reembolso de un reclamo párrafo 125 puede ser usada y divulgada por MGIS. Entiendo que mi información médica protegida será recibida por personas u organizaciones que no son proveedores de atención médica, Clarificadoras de atención médica o planes médicos bajo los reglamentos federales de privacidad, mi información médica protegida antes mencionada puede ser redivulgada y no dejar de estar protegida bajo los reglamentos federales de privacidad.

Entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a MGIS y que dicha revocación entrará en vigencia para futuros usos y divulgaciones de su información médica protegida. También entiendo que esta revocación no entrará en vigencia: (i) para cualquier información que MGIS haya usado o divulgado, basándose en esta autorización o (ii) si la autorización fue obtenida por MGIS como una condición para la cobertura y por ley, MGIS tiene derecho a impugnar la cobertura.

Entiendo que esta autorización expira con la terminación del plan de mi empleador.



El Sitio web We-R-CDH

Verifique su saldo de cuenta las 24 horas del día. Encuentre respuestas a hizo con frecuencia preguntas. Aprenda qué gastos tienen derecho a para el reembolso bajo el plan. Y descarga las formas que usted necesita. El sitio web de www.We-R-CDH.com es diseñado para mantenerle informo.

VISITE EL SITIO WEB

Visita de SITIO WEB www.We-R-CDH.com para conseguir acceso a útil Doble recursos y aprende más acerca de Doble!

EL SISTEMA AUMENTADO EMPLEADO ENTRADA

Como este sistema es nuevo a todos, ambos nuevos y participantes existentes deben seguir este proceso inicial empezar conseguir acceso al sistema en línea:

- Visita www.We-R-CDH.com y hace clic en el lazo de "LOGIN"
- Escoge por favor la Nueva opción de menú de Usuario Matrícula para crear a su Usuario identificación y la contraseña si esto es la primera vez usted ha conseguir acceso a su cuenta en línea. Usted será incitado por los pasos siguientes:
 - Entra su Número del seguro social (SSN)
 - Entra su Fecha de Nacimiento y Código postal
 - Escoge crear su nuevo Usuario identificación

Entre su dirección correo electrónico, cree y entre una contraseña y escoja una Pregunta de la Seguridad a que usted proporcionará una respuesta. Su Pregunta de la Seguridad es utilizada para ayudar a identificarle en el caso que usted se olvida su contraseña.

- Entra a su Usuario identificación y la Contraseña para conseguir acceso a su cuenta. Su Usuario identificación deja de pagar típicamente a su Número del seguro social (SSN) pero puede ser una identificación extraordinaria que usted crea. Si su usuario identificación deja de pagar a su Número del seguro social usted debe cambiar esto en su primera entrada.

Su Contraseña será creada por usted la primera vez usted registra. Su Contraseña puede ser cartas, los números o una combinación de los dos. Usted no puede utilizar ordenar secuencial (por ejemplo 1234, ABCD), repite números ni cartas. La longitud es limitada a un mínimo de 6 y un máximo de 12 caracteres. Por favor no utilice su Número del seguro social ni la Fecha de Nacimiento como su contraseña. Ejemplo:

"User ID" (del usuario identificación)
123-45-6789 o 123456789
"Password" (Contraseña)
1a24Cb3E o John4356

LAS INSINUACIONES ÚTILES

Son conservadoras. Las insinuaciones útiles Son conservadoras. Estime sus elecciones conservadormente porque las pautas de IRS indican que cualquier fondo dejó en su cuenta a fines del año de plan será perdido al patrocinador del plan.

Guarde recibos. Mantenga todos sus recibos porque usted puede ser requerido a someterselos justificar su reclamo. Si usted puede non someterse un recibo sobre la petición, su reclamo puede ser creído inelegible.

Sométase un reclamo. Si usted necesita para someterse un reclamo manualmente, completar la forma de reclamo, conectar el recibo detallado (recibos) con su nombre en ello, y lo se somete a MGIS en P.O. Box 16110, Salt Lake City, Utah 84116-0110, o envíe por fax a 801-990-0212. Mantenga una copia para sus registros.

Contraiga los gastos durante su año de plan. Los gastos deben ser contraídos durante el año actual de plan. Si usted es facturado después del fin del año de plan para gastos contraídos durante el año de plan, usted todavía puede ser reembolsado para ese servicio. Su plan puede tener un de 30 días se acaba el período y un período de gracia de 75 días para servicios contraídos durante ese año de plan.

Informe una tarjeta perdida. Cuándo usted notifica MGIS que su tarjeta ha sido perdida o ha sido robada, será desactivada. Asíguresele no procura utilizar su tarjeta vieja una vez usted ha informado lo perdiendo porque no trabajar.

Mire su equilibrio. Su tarjeta sólo puede ser golpeada para la cantidad disponible en su cuenta. La cantidad disponible en su HCRA es el suma asignado para el año, menos cualquier gasto que usted ya ha contraído. La cantidad disponible en su plan de DCRA es el suma que usted ha depositado en su cuenta año corrido, menos cualquier gasto que usted ya ha contraído. Si usted trata de utilizar su tarjeta para más que la cantidad disponible, su transacción será negada. Sin embargo, usted puede instruir a su proveedor para golpear la tarjeta para el equilibrio en su cuenta, y entonces usted puede pagar el equilibrio restante.

Telefonea MGIS. Si su tarjeta no trabaja, puede ser porque su proveedor no utiliza un Código correcto de Comerciante Categoría (MCC) para la tarjeta. Si su transacción falla más que dos veces, por favor llamada MGIS en 1-866-937-3539.