



FSA *de BASIC*

VA A NECESITAR UN
BANCO MÁS GRANDE.



 **BASIC**[®]
HR Solutions Come Full Circle

OBTENGA MÁS DE SU SALARIO.

¿Paga gastos médicos? ¿Cuidado de menores? Si ha respondido afirmativamente a alguna de estas preguntas siga leyendo porque vamos a poner más dinero en su bolsillo. El Servicio de Impuestos Internos (IRS) ha establecido la Sección 125 para ayudar a reducir algunos de los gastos generales de las facturas de atención médica, dental, de la vista y cuidado de dependientes. Con BASIC Flex, usted elige que un determinado monto en dólares se transfiera de su salario a una cuenta especial para pagar los gastos a medida que se incurra en ellos. Este monto se deduce de su salario bruto antes de impuestos. Usted ahorra porque los fondos aportados están exentos de impuestos federales, la mayoría de impuestos estatales y locales e impuestos del Seguro Social y Medicare.

EJEMPLO DE AHORROS PARA UN SALARIO SEMANAL

Sin un plan de gastos flexibles

Salario bruto imponible	\$500.00
Impuesto federal, FICA e impuesto estatal	-113.25
Aporte por prima de seguro	-40.00
Salario neto	\$346.75
Gastos corrientes promedio semanales	
Gastos médicos	-50.00
Monto restante	\$296.75

Con un plan de gastos flexibles

Salario bruto imponible	\$500.00
Aporte por prima de seguro grupal	-40.00
Gastos corrientes promedio semanales	
Atención médica, dental o de la vista	-50.00
Salario imponible	\$410.00
Impuesto federal, FICA e impuesto estatal	-92.86
Monto restante	\$317.14

*asumiendo un impuesto federal de 15 % y un impuesto FICA (Seguro Social y Medicare) de 7.65 %.

Los ahorros son considerables. Este ejemplo muestra un ahorro semanal de \$20. ¿Prefiere que su dinero vaya a su bolsillo o a impuestos? Con \$1040 adicionales por año podría pagar los precios cada vez mayores de la gasolina o aumentar su presupuesto de entretenimiento. Con BASIC Flex el dinero puede regresar a tu bolsillo. **Para calcular cuánto ahorraría, visite www.basiconline.com/fsasavingscalculator.**



REEMBOLSO MÉDICO

Con BASIC Flex puede ahorrar entre 15 y 40 % en sus gastos médicos de desembolso personal. Simplemente calcule sus gastos médicos estimados para el año y separe ese monto en una Cuenta de reembolso médico. El monto se deduce antes de impuestos; por lo tanto, usted no paga la mayoría de impuestos federales, estatales, del Seguro Social y de Medicare sobre dicho monto. Es como pagarle a un mayorista en lugar de a un minorista.

El monto total de su elección médica está disponible para reembolso a partir del primer día del año de su plan.

Hemos dado un ejemplo de cómo un participante actual ha calculado el monto que ha elegido asignar a BASIC Flex. Asegúrese de definir SU estimado en función de gastos previstos, ya que el dinero que no se usa es dinero perdido.

	Cargos	Ahorros
Deducible	\$500	\$113
Copagos	\$450	\$101
Recetas	\$480	\$108
Lentes de contacto	\$220	\$49
Atención dental	\$100	\$22
Artículos de venta libre+	\$75	\$16
Total	\$1795	\$409

*asumiendo un impuesto federal de 15 % y un impuesto FICA (Seguro Social y Medicare) de 7.65 %.

Cuando incurra en un gasto corriente elegible, envíe su documentación pormenorizada a BASIC para que reciba un reembolso libre de impuestos.

Si en algún momento tiene alguna pregunta acerca de BASIC Flex simplemente llame al 800.444.1922 Anexo 1 y hable con un representante de servicio al cliente de BASIC Flex.

Las regulaciones del IRS rigen la elegibilidad de las reclamaciones, incluidas aquellas que no tienen la cobertura total de un plan de salud y son recetadas por un médico u otro profesional con licencia, con la finalidad de prevenir, tratar o mitigar un defecto o una enfermedad físicos. El IRS no permite el reembolso de los siguientes gastos: cirugía cosmética, primas de seguros, blanqueamiento o aclaramiento dental, suplementos nutricionales o vitaminas, asesoramiento matrimonial, asesoramiento en deudas, clips polarizados para lentes y pago anticipado de servicios. Para obtener más detalles, consulte la publicación N.º 502 del IRS.

HOJA DE CÁLCULO DE SU ELECCIÓN MÉDICA.

Si en algún momento tiene alguna pregunta acerca de BASIC Flex simplemente llame al 800.444.1922 Anexo 1 y hable con un representante de servicio al cliente de BASIC Flex.

Use la lista de la página opuesta para calcular sus gastos previsibles médicos, dentales, de la vista y de medicamentos y artículos de venta libre para su año del plan. Los servicios prestados fuera del año del plan no son elegibles. Esta página especifica los gastos elegibles que generalmente se reembolsan, así como ejemplos de conceptos no elegibles.

Las regulaciones del IRS rigen la elegibilidad de artículos y reclamaciones. Como administrador de Flex, BASIC ayuda a garantizar que tanto usted como su empleador se mantengan dentro del marco de estas regulaciones. Si tiene alguna pregunta acerca de un concepto o tratamiento específico, llame a un representante de servicio al cliente de BASIC Flex al 269.327.1922 Anexo 1 o al 800.444.1922 Anexo 1.

CALCULADORA DE AHORRO FISCAL

Visite www.basiconline.com/fsasavingscalculator, donde podrá usar nuestra calculadora para estimar el monto de su ahorro fiscal por año o por depósito, cuando opta por participar en BASIC Flex.

Para calcular su ahorro, solo llene el monto de sus primas de seguro grupales anuales, elección de reembolso médico o elección de cuidado de dependientes y su categoría fiscal estimada (15 %, 23 %, 28 %, 32 %, 40 %, o 45 %).



GASTO	COSTO ESTIMADO
MÉDICO*	
Acupuntura	\$
Quiropráctico	\$
Podólogo	\$
Deducible	\$
Copagos	\$
Honorarios médicos	\$
Consulta	\$
Recetas	\$
Facturas de hospital	\$
Gastos de laboratorio	\$
Brazalete de alerta médica	\$
Dermatólogo	\$
Vacunas	\$
Gastos obstétricos	\$
Exámenes médicos de rutina	\$
Rayos X	\$
Controles rutinarios del bebé	\$
AUDITIVO	
Prueba de audición	\$
Audífonos	\$
Baterías especiales	\$
DE LA VISTA*	
Lentes	\$
Examen de la vista	\$
Lentes de contacto	\$
Solución para lentes de contacto	\$
Lentes de sol con medida	\$
Cirugía LASIK	\$
Visine y gotas oftálmicas	\$
Lentes de lectura	\$
DENTAL*	
Ortodoncia	\$
Dentadura postiza, puentes o coronas	\$
Tratamientos con flúor y selladores	\$
Limpiezas y rellenos	\$
Endodoncias	\$
Extracciones	\$
TOTAL DE COLUMNA N.º 1	\$

GASTO	COSTO ESTIMADO
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS*	
Insulina	\$
Glucómetro	\$
Jeringas o agujas	\$
Tiras reactivas	\$
DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS*	
Condomes	\$
Recetas	\$
Esterilización	\$
TERAPIA*	
Terapia física	\$
Problemas de aprendizaje	\$
Honorarios de psicólogo por atención médica	\$
Atención psiquiátrica	\$
DISCAPACIDAD FÍSICA*	
Silla de ruedas	\$
Muletas	\$
Andador	\$
Plantillas y zapatos ortopédicos hechos a medida	\$
NECESIDADES ESPECIALES*	
Transporte desde y hacia el consultorio médico u hospital (llamar para averiguar las tarifas de millaje y parámetros)	\$
ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE+	
Pantalla solar	\$
Venditas adhesivas	\$
Muñequeras para el túnel carpiano	\$
Compresas frías o calientes para lesiones	\$
Pruebas de embarazo caseras	\$
Suministros para la incontinencia	\$
Adhesivo líquido para cortes pequeños	\$
Tiras nasales	\$
TOTAL DE COLUMNA N.º 2	\$

GASTOS QUE REQUIEREN UNA CARTA DE NECESIDAD MÉDICA	
El IRS permite el reembolso de los siguientes gastos con una copia de la declaración de la necesidad médica que incluye el producto o servicio específico y un diagnóstico. El tratamiento no puede ser para la salud o el bienestar en general. Es necesario enviar una copia con cada solicitud de reembolso y volver a adjuntar una nueva carta cada 12 meses.	
GASTO	COSTO ESTIMADO
Gastos de club de salud o membresía de gimnasio	\$
Suplementos nutricionales o vitaminas	\$
Terapia de masajes	\$
Medicación para el acné	\$
Programas para bajar de peso (Weight Watchers y Jenny Craig) - Los gastos del programa son elegibles, pero las porciones de comida no lo son.	\$
Programas o productos para dejar de fumar	\$
MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE+	
Controladores de ácido	\$
Productos antibióticos	\$
Antidiarreicos o antiguas	\$
Antipruritos o productos contra la picadura de insectos	\$
Tratamientos antiparasitarios	\$
Crema para el sarpullido en bebés	\$
Remedios para el herpes labial	\$
Tos, resfriado y gripa	\$
Ayuda digestiva	\$
Antihongos o antipruritos femeninos	\$
Preparados para la hemorroides	\$
Laxantes	\$
Analgésicos	\$
Somníferos y sedantes	\$
Remedios para el estómago	\$
TOTAL DE COLUMNA N.º 3	\$

GASTOS ESTIMADOS	
COLUMNA N.º 1	\$
COLUMNA N.º 2	\$
COLUMNA N.º 3	\$
TOTAL DE GASTOS ESTIMADOS	\$

EJEMPLOS DE GASTOS NO ELEGIBLES
El IRS no permite el reembolso de los siguientes conceptos:
Cirugía cosmética
Primas de seguro
Asesoramiento matrimonial o asesoramiento en deudas
Clips polarizados para lentes
Garantía de lentes oftálmicos o de contacto
Pago anticipado de servicios
Alimentos especiales (dietéticos)
Artículos de cuidado personal
Productos sanitarios
Pañales
Desodorante
Bálsamo labial
Crema o humectantes faciales
Blanqueamiento o aclaramiento dental
Cepillos o pastas dentales
Hilo dental o irrigadores dentales

* **Tenga en cuenta:** esta lista es un resumen general de los gastos elegibles; no todos los servicios prestados por un proveedor o profesional de la salud son elegibles según las regulaciones del IRS. Llame a BASIC para confirmar la elegibilidad de un producto o tratamiento específico.

REEMBOLSO POR CUIDADO DE DEPENDIENTES

Si usted es una de las muchas personas que gasta dinero en guardería mientras va a trabajar, es lógico que opte por una Cuenta de reembolso por cuidado de dependientes. Usar BASIC Flex es como pagar tarifas rebajadas por la guardería o el establecimiento preescolar. El monto se deduce antes de impuestos; por lo tanto, usted no paga la mayoría de impuestos federales, estatales, del Seguro Social y de Medicare sobre dicho monto. Ahorra entre 15 y 40 % según su categoría fiscal.

Defina el monto que va a depositar en su Cuenta para el cuidado de dependientes y empiece a ahorrar. Un padre soltero o una pareja casada que presenta una declaración conjunta puede elegir un monto de hasta \$5000 por familia, mientras que una persona casada que presenta una declaración individual puede elegir un monto de hasta \$2500 (es \$2500 para esa persona, pero sigue siendo \$5000 para la familia). Al contrario de la Cuenta de Reembolso Médico, esta es una cuenta de pago por uso y los empleadores no le darán ningún anticipo monetario. Los reembolsos no se efectúan hasta que haya disponibilidad de fondos. Recuerde que el dinero que no se usa es dinero perdido, así que elija un monto que cubra solo sus gastos previstos.

La ilustración a continuación muestra el caso de una persona en la categoría fiscal del 15 % con una elección del monto máximo de \$5000. Ahorraría \$1132 en un año si usara BASIC Flex.

SALARIO SEMANAL

Sin un plan de gastos flexibles

Salario bruto imponible	\$500.00
Impuesto federal, FICA e impuesto estatal	113.25
Salario neto	\$386.75
Elección para el cuidado de dependientes (<i>\$5000 dividido entre 52 semanas</i>)	-96.15
Monto restante	\$290.60

Con un plan de gastos flexibles

Salario bruto imponible	\$500.00
Elección para el cuidado de dependientes (<i>\$5000 dividido entre 52 semanas</i>)	-96.15
Salario imponible	\$403.85
Impuesto federal, FICA e impuesto estatal	-91.47
Monto restante	\$312.38

ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

- Tanto usted como su cónyuge deben estar trabajando, estar buscando empleo activamente o ser estudiantes a tiempo completo.
- Su hijo debe ser dependiente de 13 años y estar bajo su custodia durante más del 50 % del año calendario. Si su hijo cumple 13 años durante el año del plan, los gastos ya no son elegibles para reembolso.
- Un cónyuge o dependiente que no sea capaz de cuidarse a sí mismo y que habitualmente pase por lo menos 8 horas al día en su hogar (p. ej., un padre discapacitado).

REQUISITOS PARA EL SERVICIO

- El proveedor no podrá ser un hijo menor de edad o un dependiente para los fines del impuesto a la renta (p. ej., un hijo mayor).
- El proveedor del servicio debe reclamar los pagos como renta y cumplir con las regulaciones del estado.
- Los servicios deben ser para el cuidado físico del menor, no para su educación, alimentación, etc.
- Los campamentos nocturnos no son elegibles para reembolso.
- Los gastos pagados para Pre-K son elegibles, pero los gastos a partir de kindergarten no lo son.

NOTA

- Esta es una cuenta de pago por uso. No recibirá ningún anticipo de su empleador.

*asumiendo un impuesto federal de 15 % y un impuesto FICA (Seguro Social y Medicare) de 7.65 %.

Si usted es elegible para el crédito para el cuidado de menores, se aplican las mismas reglas del IRS. Si usted tiene 2 hijos o más y gasta más de \$5000 en cuidado para menores, podría tener más créditos fiscales disponibles. Para obtener más detalles, consulte la publicación N.º 503 del IRS.

CONOZCA LOS HECHOS.



WWW.BASICONLINE.COM
T 800.444.1922 Anexo 1.
F 800.391.6562

9246 PORTAGE INDUSTRIAL DR.
PORTAGE, MI 49024

SI TIENE DUDAS, PREGUNTE A BASIC.

Sabemos que a veces las regulaciones del IRS pueden ser confusas. Llame a BASIC Flex, antes de efectuar la elección si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad de algún producto, acontecimiento, servicio o tratamiento. Uno de nuestros representantes de servicio al cliente escuchará atentamente su situación en particular y le informará sobre las regulaciones aplicables para que así pueda hacer la mejor elección para su situación.

Queremos que su plan BASIC Flex le ofrezca todos los beneficios posibles.

Cada plan puede ser ligeramente distinto. La siguiente lista es aplicable a la mayoría de planes; sin embargo, para conocer los detalles específicos de su plan consulte su Descripción resumida del plan, póngase en contacto con su coordinador de beneficios o llame a BASIC Flex al 800.444.1922 Anexo 1.

- Los beneficios de Flex culminan con la terminación del empleo o de la participación.
- Los servicios deben prestarse durante el año de su plan actual. Para los nuevos empleados que ingresan al plan durante el año del plan, los servicios se deben prestar después de la fecha de elegibilidad o de elección.
- Consulte el folleto de la Descripción resumida del plan (SPD) para que sepa qué plazo tiene para enviar las reclamaciones restantes después de que haya terminado el año de su plan o cobertura.
- Puede cambiar su elección anual si pasa por un cambio de estado elegible (matrimonio, nacimiento, adopción, fallecimiento o divorcio). El cambio de estado debe estar correlacionado con el acontecimiento y se debe efectuar en un plazo de 30 días a partir del acontecimiento. Por ejemplo, si el acontecimiento es un nacimiento, podría aumentar su elección, no reducirla.
- Sus aportes antes de impuestos a través de su plan BASIC Flex podrían reducir sus futuros beneficios del seguro social; sin embargo, según los estudios realizados, esta reducción es generalmente menor al 1 %.
- Según el IRS, el dinero que queda en su cuenta podría pasar a manos de su empleador y no puede devolverse. Vea la Descripción resumida del plan (SPD) para conocer más detalles. La mayoría de personas usan todos sus fondos basándose en una buena planificación. . . como sometándose a un examen general, una revisión dental o adquiriendo nuevos lentes. Muy raras veces queda más de 5 % en la cuenta y los ahorros fiscales compensan con creces este monto.

BASIC LIMITED PURPOSE FLEX

BASIC Limited Purpose Flex es una cuenta de reembolso específicamente diseñada para personas que cuentan con una Cuenta de ahorros para la salud (HSA). Las regulaciones del IRS estipulan que una persona con una HSA no puede tener simultáneamente un plan flexible con fines generales, pero sí puede tener un plan flexible con fines limitados. **Si usted o su cónyuge se encuentran inscritos o planean inscribirse en una HSA durante el año de su plan flexible, posiblemente necesite un plan flexible con fines limitados.** La diferencia entre BASIC Flex y BASIC Limited Purpose Flex radica en los gastos elegibles. El plan BASIC Limited Purpose Flex solo permite reembolsos de gastos por atención dental, atención de la vista y gastos post deducibles (gastos de coaseguro y copago después de haber llegado al deducible). Con un plan flexible con fines limitados usted todavía podría inscribirse en una cuenta para el cuidado de dependientes.

Si bien este folleto brinda información general sobre un plan, también existe un folleto de la Descripción resumida del plan que contiene más detalles. Si tiene preguntas específicas sobre su situación en particular, le recomendamos que consulte a un abogado o contador.



LENE EL FORMULARIO CLARAMENTE PARA PODER GARANTIZAR QUE LA INSCRIPCIÓN Y LOS COMUNICADOS FUTUROS CONTENGAN LOS DATOS CORRECTOS.

Nombre del empleador: _____

Nombre del participante: _____ Apellido: _____

N.º de Seguro Social #: [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Número telefónico: _____

Dirección de correo electrónico: _____ (La notificación de pagos de depósito directo solo se envían por correo electrónico)

Período de pago: o Semanal o Bimensual (2 veces al mes) o Quincenal (cada 2 semanas) o Mensual

APORTE DE PRIMAS

- Elijo participar (marque todas las opciones que correspondan)
- Seguro de salud Seguro de vida grupal Seguro por discapacidad Seguro dental
- Aportes de HSA Seguro de la vista Otro(s) _____
El monto de la reducción del salario necesario para pagar las primas cubiertas por las partes aseguradas del plan será definido por mi empleador.
- Elijo NO participar

PARA USO DEL EMPLEADOR

Lenar en caso de inscripciones a mitad de año

Fecha de la primera deducción: _____

Fecha de elegibilidad: _____

CUENTA DE REEMBOLSO MÉDICO

- Elijo participar con \$ _____ por año (no puede exceder el límite del empleador de \$ _____)
la elección del monto anual se dividirá entre la cantidad de períodos de pago en el año del plan o entre la cantidad de pagos restantes en el caso de las inscripciones a mitad de año
- Esta Cuenta de reembolso médico es una Cuenta con fines limitados para la elegibilidad de una HSA (ver página 6)
- Elijo NO participar

CUENTA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

- Elijo participar con \$ _____ por año (no puede exceder los \$5000 o \$2500 si los cónyuges están presentando declaraciones individuales)
la elección del monto anual se dividirá entre la cantidad de períodos de pago en el año del plan o entre la cantidad de pagos restantes en el caso de las inscripciones a mitad de año
- Elijo NO participar

DEPÓSITO DIRECTO (no todos los empleadores permiten el depósito directo como una opción de reembolso)

- Use la información de la cuenta que se encuentra en el archivo Use la información de la cuenta que se muestra a continuación
- Sin depósito directo
- Cuenta corriente Cuenta de ahorros

EJEMPLO DE CHEQUE

⑆ 1 234 56 789 ⑆0000 1 234 56 ⑆ 1 234

número de ruta número de cuenta número de cheque

Institución financiera (nombre del banco): _____

Número de ruta (siempre 9 dígitos): [] [] [] [] [] [] [] [] [] Número de cuenta: _____

Solicito que de mis pagos periódicos para el año del plan se descuente antes de impuestos y de forma prorrateada el monto de mi reembolso médico, cuidado de dependientes y aportes premium al plan, y que dicho monto se asigne a los beneficios que anteriormente he seleccionado. Entiendo que esta forma de elección no puede ser revocada o modificada durante el año del plan a menos que exista un cambio de estado elegible definido en la Descripción resumida del plan (SPD). Certifico que solo reclamaré el reembolso de los gastos elegibles para mí mismo o para mis dependientes elegibles, que se definan en el SPD. Además certifico que estos gastos no serán reembolsados bajo ningún otro plan de beneficios. Entiendo que perderé el monto en dólares que quede en mi(s) cuenta(s) al final del año del plan. He revisado este contrato, y según mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera, correcta y completa.

Firma del empleado _____ Fecha _____

DESGLÓSE POR ESTA LÍNEA