



MANUAL DE REFERENCIA DE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA)

AÑO DEL PLAN 2025-2026
Mancomunidad de Virginia



ÍNDICE

Qué incluye el manual

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA) **4 – 5**

- Regístrese y ahorre con una FSA
- Conozca su FSA
- Elegibilidad para la FSA

CONOZCA LA FSA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA **6 – 12**

- Ahorre dinero con una FSA para la atención médica
- Reglas importantes de la FSA para la atención médica
- Gastos de la FSA para la atención médica
- Solicitudes de reembolso
- Su tarjeta Inspira Card®

CONOZCA LA FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES **13 – 16**

- Ahorre dinero con una FSA para el cuidado de dependientes
- Reglas importantes de la FSA para el cuidado de dependientes
- Información fiscal importante sobre la FSA para el cuidado de dependientes
- Solicitudes de reembolso
- Gastos de la FSA para el cuidado de dependientes

REGISTRE SU CUENTA EN LÍNEA **17**

PLANILLAS DE LA FSA **18**

- Planilla de la FSA para la atención médica
- Planilla para el cuidado de dependientes

PAGOS INDEBIDOS DE LA FSA **19**

CÓMO CAMBIAR SU ELECCIÓN **19 – 20**

APELACIONES **20 – 21**

COBERTURA EXTENDIDA **22**

DESCRIPCIÓN GENERAL

Cuenta de gastos flexible (FSA)

Una FSA le permite apartar dinero de su cheque de pago, antes de impuestos, para utilizarlo en gastos calificados de atención médica y cuidado de dependientes. Puede inscribirse en un FSA durante la Inscripción abierta o dentro de los 60 días posteriores a un Evento de vida calificante (QME) coherente. Usted elige el monto que desea apartar en función de sus gastos elegibles previstos. El dinero se deduce de su cheque de pago en montos iguales y se deposita en su FSA. Planifique sabiamente la cantidad que apartará en su FSA, ya que debe usar todo el dinero durante el año del plan o lo perderá.

Puede optar por inscribirse en una de estas FSA o en ambas

	FSA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA	FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES
Monto máximo que puede depositar en la cuenta cada año del plan	\$3,300	\$5,000
Gastos elegibles (consulte la lista detallada en la página 8 para Atención médica y en la página 16 para Cuidado de dependientes)	<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos con receta• Deducibles, coseguros y copagos• Atención dental• Atención de la vista	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado antes y después de la escuela• Guardería, cuidado de adultos o personas mayores• Campamento diurno de verano

Todos los empleados clasificados a tiempo completo y parcial y los miembros del cuerpo docente que sean elegibles para el Programa de Beneficios de Salud del Estado pueden participar en la FSA.

Regístrese y ahorre con una FSA

Una FSA es un plan patrocinado por la Mancomunidad de Virginia que le permite apartar una parte de sus ingresos antes de impuestos para gastos elegibles de salud o de cuidado de dependientes. El año del plan comienza el 1 de julio y finaliza el 30 de junio. Su período de cobertura para incurrir en gastos se basa en su participación en el programa.

Fechas importantes

Inicio del año del plan: 1 de julio de 2025

Finalización del año del plan: 30 de junio de 2026

Última deducción de nómina para el año del plan: 1 de julio de 2026

Último día para incurrir en gastos elegibles: 30 de junio de 2026 o el último día de su período de cobertura

Último día para presentar solicitudes de reembolso y verificación de transacciones pendientes con tarjeta: 30 de septiembre de 2026 o tres meses desde la finalización de su período de cobertura, lo que suceda primero.

Último día para usar la tarjeta de la FSA para los gastos entre el 1 de julio de 2025 y el 30 de junio de 2026: 30 de junio de 2026

Conozca su FSA

Lea este Manual de referencia de la FSA para comprender cómo usted y su familia pueden ahorrar. Una vez que decide cuánto contribuir a su FSA para la atención médica o a su FSA para el cuidado de dependientes, la contribución se deduce en montos iguales de sus cheques de pago durante el año del plan.

Los ejemplos de ahorro de esta guía utilizan una tasa impositiva del 30%. No obstante, sus ahorros pueden variar según su tasa impositiva anual personal. Para obtener más detalles, consulte a su asesor impositivo.

Los fondos de su FSA para la atención médica están a su disposición al comienzo de su período de cobertura. Los fondos de su FSA para el cuidado de dependientes solo están disponibles a medida que se deducen de su cheque de pago. En ambas cuentas, sus fondos se deducen antes de que se calculen los impuestos federales y estatales sobre su cheque de pago.

Con cualquiera de las dos cuentas, usted se beneficia porque la proporción de su cheque de pago que está sujeta a impuestos es menor, lo que significa que dispone de más ingresos para gastar.

Tarifa de administración

Si decide inscribirse en una o en ambas FSA, se deducirá una tarifa administrativa mensual de \$2.10 de su cheque de pago cada mes, antes de impuestos. (Nota: Si su cronograma de pago no está organizado en 12 meses, consulte a su administrador de beneficios para conocer las tarifas administrativas aplicables).

La regla de “úselo o piérdalo” y su período de cobertura

¡El tiempo lo es todo! Las FSA tienen una fecha de inicio y una fecha de finalización, y el tiempo entre ambas se denomina “período de cobertura”. El Servicio de Impuestos Internos (IRS) tiene una regla de “úselo o piérdalo” que exige que usted use todo el dinero de su FSA para gastos elegibles antes de que finalice el período de cobertura. No se le reembolsará el dinero restante de la FSA. Los fondos no se transfieren al siguiente año del plan.

Para evitar perder dinero, haga una pequeña tarea. ¿Cuánto gastó en atención médica el año pasado? Elija un monto que se acerque a lo que cree que necesitará durante el año del plan.

Elegibilidad para la FSA

Todos los empleados clasificados a tiempo completo y parcial y miembros del cuerpo docente que sean elegibles para participar en el Programa de Beneficios de Salud del Estado pueden participar en las FSA para la atención médica y para el cuidado de dependientes. Los cambios en su situación laboral podrían afectar su elegibilidad. Para obtener más información, comuníquese con su administrador de beneficios de la agencia.

Nuevos contratados

El período de elección inicial es dentro de los 30 días calendario a partir de su fecha de contratación o de la fecha en que se vuelve elegible por primera vez para el Programa de Beneficios de Salud del Estado. Si se inscribe, su FSA entrará en vigencia el primer día del mes que coincida o sea posterior a la fecha de empleo, o a la fecha en que se vuelva elegible por primera vez para el Programa de Beneficios de Salud del Estado. No se permiten cambios de elección después de que su FSA haya entrado en vigencia a menos que experimente un Evento de vida calificante (QME) coherente.

¿Tiene preguntas sobre la FSA?

Durante la Inscripción abierta: encontrará guías útiles y preguntas frecuentes en línea en www.inspirafinancial.com. O bien, puede llamar al **1-855-516-8595 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., y sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., hora central (CT).

A partir del 1 de julio: regístrese para obtener su cuenta en línea en www.inspirafinancial.com. Puede registrarse en cualquier momento. Utilice su cuenta en línea para supervisar sus compras y el saldo de su cuenta, presentar solicitudes de reembolso y encontrar recursos útiles y detalles del plan.

Cuando se registre, solo deberá proporcionar su número de identificación de empleado de 9 dígitos (que incluye 2 ceros a la izquierda) y confirmar parte del número de su tarjeta de débito que recibió con la Carta de bienvenida de la FSA. También deberá confirmar su información de contacto, crear sus preguntas de seguridad y crear un nombre de usuario y contraseña. Cuando se inscriba, se le enviará por correo su Carta de bienvenida de la FSA.

FSA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Conozca la FSA para la atención médica

Una FSA para la atención médica le permite apartar parte de sus ingresos antes de impuestos para pagar de su bolsillo los gastos de atención médica elegibles para usted, su cónyuge y sus dependientes fiscales elegibles. Con una FSA para la atención médica, puede reducir sus ingresos sujetos a impuestos y la responsabilidad impositiva asociada. Esto se debe a que puede usar el dinero antes de impuestos que se deducen de su salario para pagar los gastos de atención médica elegibles, como copagos y coseguros, que ahora podría estar pagando con dinero después de impuestos.

Ahorre dinero con una FSA para la atención médica

Sus contribuciones a la FSA se deducen de su cheque de pago antes de que se deduzcan los impuestos. La cantidad que ahorre dependerá de su categoría impositiva sobre la renta. Por ejemplo, si está en una categoría impositiva del 30%, puede ahorrar \$30 por cada \$100 que deposite en su FSA. Por lo tanto, si deposita \$1,000 en su FSA para la atención médica, aumentará su sueldo neto anual en \$300* (sin incluir el impacto de la deducción de su FSA).

Para ver el beneficio completo de tener una FSA, consulte este ejemplo de ahorro (supone una categoría impositiva del 30%):

Salario	\$40,000/año
Impuestos pagados sin FSA	\$12,000
Contribución a la FSA	\$2,600
Impuestos pagados con FSA	\$11,220
Sueldo neto	\$26,180
Dinero extra de los ahorros de la FSA	\$780

FSA para la atención médica

Su FSA para la atención médica puede utilizarse para reembolsar los gastos de atención médica elegibles en los que incurran los siguientes:

- Usted
- Su cónyuge
- Su hijo calificado o hijo adulto calificado
- Su familiar calificado

*Las contribuciones a la FSA se deducen antes de los impuestos federales y de la mayoría de los impuestos estatales. Los ahorros varían según su categoría impositiva. Consulte con su asesor impositivo los detalles relativos a sus impuestos estatales y sus posibles ahorros fiscales.

Una persona se considera hijo adulto calificado si no cumple 27 años durante su año fiscal y tiene la siguiente relación con usted:

- Hijo o hijastro
- Niño en cuidado adoptivo elegible
- Niño legalmente adoptado o colocado con el contribuyente para su adopción

Una persona se considera hijo calificado si no es hijo calificado de otra persona y si tiene las siguientes características:

- Es ciudadano de los EE. UU., nacional o residente en los EE. UU., México o Canadá.
- Tiene una relación de tipo familiar específica con usted.

Una persona se considera familiar calificado si es ciudadano de los EE. UU., nacional o residente en los EE. UU., México o Canadá y si tiene las siguientes características:

- Tiene una relación de tipo familiar específica con usted, no es hijo calificado de otra persona y recibe de usted más de la mitad de su manutención durante el año fiscal.
- Si no existe ninguna relación de tipo familiar específica con usted, es miembro y vive en su hogar (sin violar la ley local) durante todo el año fiscal y recibe de usted más de la mitad de su manutención durante el año fiscal.

NOTA: No existe ningún requisito de edad para ser hijo calificado si es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo. Un hijo elegible de padres divorciados se considera dependiente de ambos, por lo que cualquiera de los padres o ambos pueden establecer una FSA para la atención médica.

Reglas importantes de la FSA para la atención médica

Contribuciones

El monto total que contribuye a una FSA cada año se denomina “elección anual”. Puede elegir hasta \$3,300 por año del plan.

El monto total de su elección de FSA para la atención médica estará disponible el primer día de su período de cobertura, pero sus contribuciones se deducirán de su cheque de pago en montos iguales durante su período de cobertura.

Transferencia de fondos

- Los fondos no se pueden transferir entre FSA.
- No puede pagar un gasto de cuidado de dependientes con su FSA para la atención médica o viceversa.
- No puede transferir fondos a la FSA de su cónyuge ni a una FSA que pueda tener en el próximo año del plan.

Gastos incurridos

Se debe haber incurrido en los gastos elegibles de su FSA para la atención médica durante el período de cobertura. Esto significa que el tratamiento o los servicios médicos deben prestarse durante el período de cobertura, no cuando se le factura o paga por la atención recibida.

Cobro doble

Los gastos reembolsados conforme a su FSA para la atención médica no pueden reembolsarse conforme a ningún otro plan ni programa. Únicamente sus gastos de atención médica de bolsillo son elegibles para el reembolso. Además, los gastos reembolsados conforme a una FSA para la atención médica no se pueden deducir cuando presenta la declaración de impuestos.

Cambios en la elección

Su elección no se puede cambiar durante el año del plan a menos que tenga un cambio de estado u otro evento de vida calificante (QME) que esté definido por las reglas del IRS. Los cambios de estado calificados pueden incluir los siguientes:

- Un cambio en el estado civil legal (matrimonio, divorcio o muerte de su cónyuge).
- Un cambio en la cantidad de sus dependientes (nacimiento o adopción de un hijo, o muerte de un dependiente).
- Un cambio en su situación laboral, o en la situación laboral de su cónyuge o dependiente.
- Un evento que cause que su dependiente cumpla o deje de cumplir un requisito de elegibilidad para los beneficios.

Por lo general, dos factores determinan si se permite un cambio en la elección. Primero, debe experimentar un cambio de estado u otro evento calificante. Segundo, el cambio solicitado debe ser coherente con el evento. Por ejemplo, si tiene un bebé, es posible que quiera aumentar su monto de elección. Si se divorcia de un cónyuge, podría disminuir el monto de elección.

Terminación

Si deja de trabajar para la Mancomunidad de Virginia o pierde su elegibilidad para la FSA, su participación en el plan y sus contribuciones antes de impuestos se detendrán a fin de mes. Los gastos por servicios que usted tenga después de la fecha de terminación de su plan no son elegibles para el reembolso. Las FSA para la atención médica son elegibles para la continuación de la cuenta mediante la cobertura extendida.

NOTA: Tiene tres meses a partir de la fecha de terminación de su cuenta para presentar las solicitudes de reembolso y la documentación de los gastos elegibles en los que incurra durante su período de cobertura.



Gastos de la FSA para la atención médica

Solo se pueden reembolsar los gastos elegibles según la FSA. Estos incluyen gastos de atención médica elegibles para usted, su cónyuge y sus dependientes fiscales elegibles. Los gastos de su plan de la FSA están definidos por las reglas del IRS y la Mancomunidad de Virginia.

Los gastos elegibles de la FSA para la atención médica son aquellos que usted paga de su bolsillo por atención médica. En general, las reglas del IRS establecen que la atención médica tiene la intención de diagnosticar, curar, mitigar, tratar o prevenir enfermedades. También se incluye el transporte destinado principalmente a la atención médica.

Gastos típicos elegibles de la FSA

Utilice su FSA para ahorrar en cientos de productos y servicios para usted y su familia. Los gastos elegibles están definidos por el IRS. El 27 de marzo de 2020, el gobierno promulgó la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por el Coronavirus (CARES) que, a partir del 1 de enero de 2020, permite a los participantes usar su FSA

para la atención médica para adquirir medicamentos de venta libre (OTC). Esto podría incluir aspirina, ibuprofeno y medicamentos para la tos o la gripe sin receta médica. La Ley CARES también permite el reembolso de productos de higiene femenina. Para obtener más información sobre los artículos elegibles, visite www.inspirafinancial.com. Después de iniciar sesión, vaya a "Help & Support" (Ayuda y soporte) y haga clic en el enlace "Explore Eligible Health Care Expenses" (Explorar gastos de atención médica elegibles). Luego, puede buscar alfabéticamente por artículo. Algunos artículos que no son medicamentos pueden ser elegibles para el reembolso, pero requerirán un formulario de Carta de necesidad médica de Inspira que debe completar su médico y enviarse a Inspira para verificar el cargo en su tarjeta. Este formulario está disponible en el sitio web para miembros www.inspirafinancial.com; vaya a "Documents & Forms" (Documentos y formularios) y seleccione "Administrative Forms" (Formularios administrativos). Para obtener más información o asistencia adicional sobre una Carta de necesidad médica, llame al **855-516-8595**.

Ejemplos de gastos médicos elegibles:

- Acupuntura
- Servicio de ambulancia
- Píldoras y dispositivos anticonceptivos (de venta libre y con receta)
- Sacaleches
- Atención quiropráctica
- Lentes de contacto (correctivos)
- Tarifas de atención dental (excepto servicios estéticos)
- Pruebas de diagnóstico/exámenes de salud
- Tarifas de médicos
- Tratamiento para adicción a las drogas/alcoholismo
- Tratamiento médico experimental*
- Anteojos
- Productos de higiene femenina*
- Perros de asistencia
- Audífonos y exámenes
- Fertilización *in vitro**
- Servicios de enfermería
- Tarifas de optometristas
- Tratamiento de ortodoncia
- Artículos de venta libre y equipos de protección personal
- Medicamentos con receta
- Programas/tratamientos para dejar de fumar
- Cirugía (que no sea estética)
- Gastos de transporte/viaje para atención médica (incluidos millaje, peajes y estacionamiento)
- Programas*/reuniones* para bajar de peso
- Sillas de ruedas, muletas y andadores
- Radiografías

* Para obtener más detalles y una lista completa de gastos elegibles, visite: <https://www.inspirafinancial.com> o llame al **1-855-516-8595**.

Los gastos que no están aprobados se denominan "gastos no elegibles"

Los gastos no elegibles de la FSA para la atención médica son los siguientes:

- Cirugía y procedimientos estéticos, incluido el blanqueamiento dental.
- Hierbas, vitaminas y suplementos utilizados para la salud general.
- Primas del seguro.
- Artículos de uso personal como pasta de dientes, crema de afeitar y maquillaje.
- Medicamentos con receta importados de otro país.

Además, no puede usar los fondos de la FSA para lo siguiente:

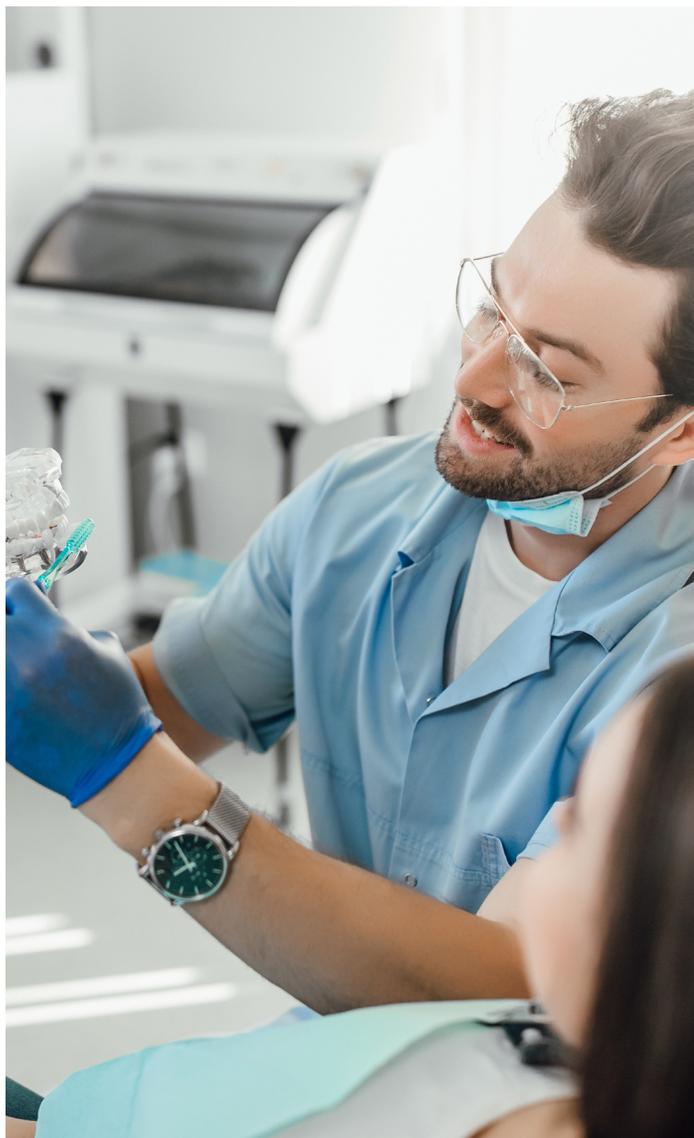
- Servicios que se brindan antes o después de su período de cobertura.
- Gastos que son reembolsados por otro plan o programa, incluido un plan de atención médica.

Normas especiales para los gastos de ortodoncia

Los servicios de ortodoncia no se brindan de la misma manera que otros tipos de atención médica. La mayoría de las veces, se brindan durante un largo período y pueden extenderse más allá del año del plan. Suele ser difícil hacer coincidir los servicios de ortodoncia con los costos reales. Como resultado, el proceso de reembolso es diferente.

Se requiere que presente uno de los siguientes documentos a Inspira con su formulario de reclamación:

- Una declaración desglosada o un recibo pagado
- El contrato o acuerdo de pago del ortodoncista
- Cupones de pago mensual



Estas son las tres formas en que puede recibir el reembolso:

1. Opción de cupón de pago

Puede presentar una declaración desglosada de sus gastos de ortodoncia después de que usted o alguien de su familia reciba un servicio elegible. Envíe esta documentación a Inspira junto con un formulario de reclamación completo.

2. Opción de pago mensual (reembolso automático mensual por ortodoncia)

Para configurar los pagos automáticos de la ortodoncia, descargue un formulario de reclamación en [inspirafinancial.com](https://www.inspirafinancial.com). Puede encontrarlo en “Documents & Forms” (Documentos y formularios). Complete todos los campos obligatorios y asegúrese de marcar la casilla para obtener un reembolso mensual automático de los gastos de ortodoncia.

También debe incluir una copia de su contrato o acuerdo de ortodoncia con su primera reclamación.

- Una vez procesada la reclamación, Inspira le reembolsará automáticamente cada mes, según el acuerdo. Inspira le reembolsará mensualmente cerca de la fecha de vencimiento indicada en su acuerdo contractual de ortodoncia.
- Su contrato o acuerdo de pago con el ortodoncista debe incluir lo siguiente:
 - > Nombre del paciente
 - > Fecha de inicio del servicio
 - > Duración del servicio
 - > Cargos por el trabajo inicial de colocación de bandas
 - > Monto en dólares cobrado cada mes

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si se inscribe en el pago automático, no puede utilizar la tarjeta Inspira Card®, que es la tarjeta de débito de su cuenta, para pagar los gastos de ortodoncia.

3. Opción de pago total

Si pagó el monto total cuando comenzó el tratamiento de ortodoncia, puede solicitar un reembolso del monto del tratamiento, menos el monto cubierto por su seguro dental. Inspira puede reembolsarle hasta el monto de su elección de la FSA, menos cualquier reembolso anterior de la FSA. Si ya ha presentado otras reclamaciones, asegúrese de consultar el saldo de su FSA en línea para confirmar el monto que tiene disponible para cubrir su tratamiento de ortodoncia.

NOTA: Si elige la opción de pago total, recuerde que debe presentar un recibo de pago a Inspira y solo se puede presentar una vez por reembolso.

Solicitudes de reembolso

Los gastos elegibles en los que incurra durante el año del plan pueden reembolsarse a través de su FSA para la atención médica mediante la presentación de un formulario completo de reclamación de la cuenta de gastos flexible, junto con la documentación de respaldo adecuada. Esta es la documentación aceptable que requiere el IRS:

Para visitas en el consultorio, hospitalización u otros servicios: una Explicación de beneficios (EOB) del plan de salud o una declaración desglosada del proveedor que incluya el nombre del paciente, una descripción del servicio, la fecha original del servicio y su parte del cargo.

Para medicamentos con receta: un documento de cuenta o documento impreso de la farmacia que incluya el nombre del paciente, el número de receta, el nombre del medicamento, la fecha en que se obtuvo el medicamento y la cantidad.

NOTA: Los recibos de tarjetas de crédito, los cheques cancelados y los estados de saldo pendiente no cumplen con los requisitos para la documentación aceptable que requiere el IRS.

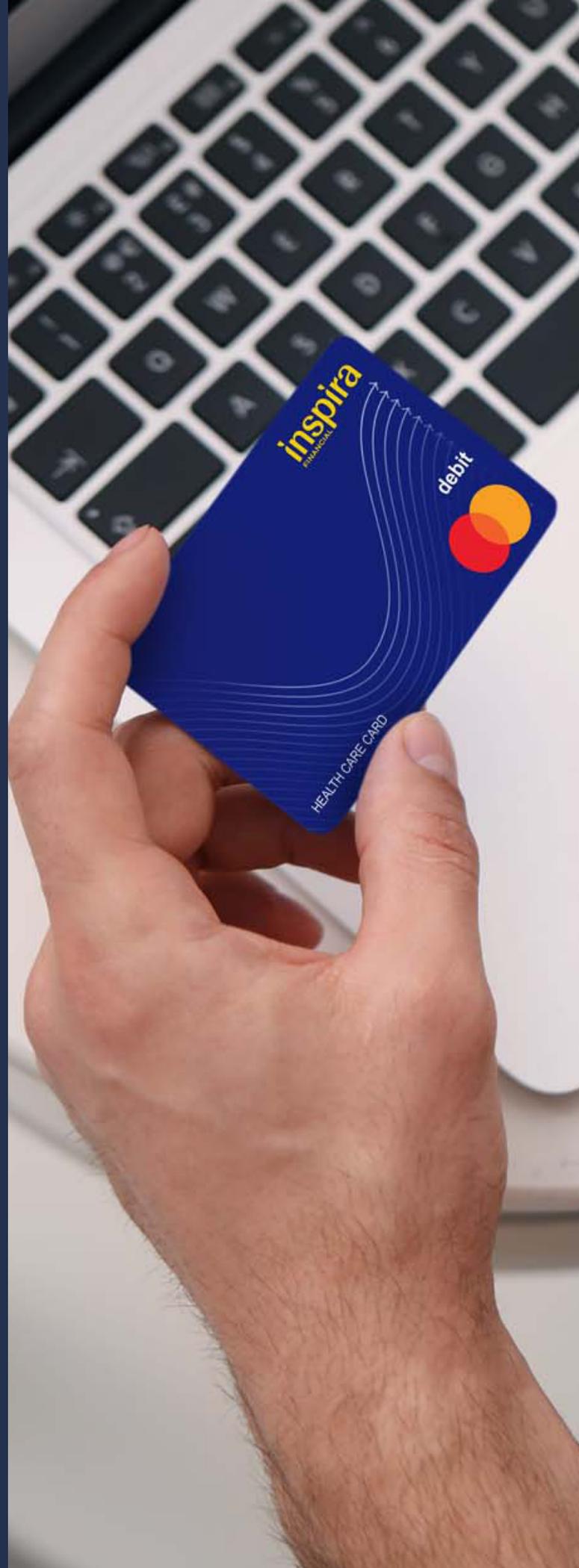
Pagos de reembolso

Su FSA para la atención médica tiene un cronograma de pago diario. Con este cronograma, no hay un período de espera adicional para los reembolsos. Una vez revisada y aprobada su solicitud, se programa el pago y el reembolso se emite dentro del siguiente día hábil.

Fecha límite para el reembolso

Se debe haber incurrido en los gastos presentados para reembolso a través de su FSA para la atención médica durante el período de cobertura. Su FSA para la atención médica también incluye un período de ampliación de plazo. El período de ampliación de plazo es un período predeterminado de tres meses después del final del año del plan o del final de su período de cobertura. Durante este tiempo, usted puede presentar reclamaciones por los gastos en los que incurrió durante el período de cobertura. Las reclamaciones y la documentación deberán recibirse antes de la fecha límite para el reembolso. Una vez finalizado el período de ampliación de plazo, perderá el dinero no utilizado que quede en su FSA para la atención médica.

Para presentar una reclamación o buscar formularios, inicie sesión en su cuenta en www.inspirafinancial.com o llame al Servicio al cliente al **855-516-8595**.



Su tarjeta Inspira Card®

Uno de los mejores beneficios de la FSA para la atención médica es la tarjeta Inspira Card®, que le brinda fácil acceso a los fondos de su FSA para la atención médica. Es la forma más fácil de pagar. Utilice su tarjeta para pagar los gastos elegibles de la FSA para la atención médica en proveedores de atención médica calificados y comerciantes que acepten Mastercard.



Si es un participante nuevo, se le enviará su tarjeta por correo. Llame al número gratuito que aparece en la etiqueta en el frente de la

tarjeta y luego siga las instrucciones. Una vez que active su tarjeta, firme con su nombre en el reverso y estará listo para comenzar. Si ya tiene una tarjeta, siga usándola hasta la fecha de vencimiento.

Los participantes reciben automáticamente una nueva tarjeta cuando vence la tarjeta actual. Las tarjetas para dependientes también se vuelven a emitir cuando vence la tarjeta de un participante.

Cómo usar su tarjeta Inspira Card®

Su tarjeta Inspira Card® facilita el pago de los gastos de atención médica elegibles con acceso rápido a los fondos de su FSA para la atención médica. Ya no es necesario esperar un cheque de reembolso, ya que su gasto elegible se paga de inmediato.

Puede usar su tarjeta con proveedores de atención médica o comerciantes que tengan códigos de categoría de comercio relacionados con la atención médica. Estos incluyen médicos, dentistas, consultorios de atención de la vista, hospitales y otros proveedores de atención médica. También puede utilizar su tarjeta en supermercados, tiendas de descuento y farmacias que utilicen un sistema de aprobación de información de inventario (IIAS).

No puede usar su tarjeta de beneficios con comerciantes que no tengan un código de categoría de comercio relacionado con la atención médica, a menos que ese comerciante utilice un IIAS.

IMPORTANTE: No podrá utilizar su tarjeta después del 30 de junio para pagar gastos del año del plan anterior. Solo puede usar su tarjeta para gastos en los que incurrió el 1 de julio de cada año del plan o después de esa fecha. Puede presentar reclamaciones en papel por los gastos del año del plan anterior después del 30 de junio.

Al usar su tarjeta, el monto de la compra se debita automáticamente de su FSA para la atención médica y el dinero se transfiere instantáneamente al proveedor o comerciante. El sistema de la tarjeta confirmará el estado de su cuenta, el estado de su tarjeta de beneficios, el código de categoría de comerciante y los fondos que se encuentran en su FSA para la atención médica.

Pago de gastos elegibles y no elegibles

Cuando utiliza su tarjeta Inspira Card en un comercio con un IIAS (máquina de tarjetas de punto de venta), solo puede pagar los gastos elegibles.

A continuación, se muestra un ejemplo: Necesita surtir una receta regular, y también quiere comprar aspirinas, vendas y un cepillo de dientes. Primero, debe dirigirse a la farmacia para entregar su receta. Luego, recoge la aspirina, las vendas y el cepillo de dientes. Utilizará su tarjeta Inspira para pagar los gastos elegibles: su receta regular, la aspirina y las vendas. No podrá utilizar la tarjeta para el cepillo de dientes porque no es un gasto permitido, según las pautas del IRS. Deberá pagar el cepillo de dientes de otra forma (efectivo, tarjeta de crédito o débito, etc.).

Guarde sus recibos

Algunos gastos con tarjeta de débito se aprueban sin necesidad de presentar documentación de respaldo. Las reglas del IRS nos exigen revisar todas las compras con tarjeta. Esto significa que es posible que deba enviarnos un comprobante de sus compras con tarjeta si se lo solicitamos. Debe conservar copias de todos los recibos detallados y otra documentación de respaldo (no el recibo de la tarjeta de crédito) para cada compra con tarjeta.

Cómo disputar una transacción con tarjeta de beneficios

Mastercard otorga 60 días a partir de la fecha de la transacción para disputar un cargo. Llame al **1-855-516-8595 (TTY-711)** para hablar con un representante de Inspira sobre una disputa.

Alertas en tiempo real

Infórmenos cómo desea recibir sus notificaciones de la FSA: por correo electrónico, alerta en línea o mensaje de texto. Configurar su cuenta es muy fácil.

Inicie sesión en inspirafinancial.com

1. Haga clic en "Account Settings" (Configuración de la cuenta) en la parte superior del área de navegación.
2. Seleccione "Account Notifications" (Notificaciones de la cuenta).
3. Seleccione las notificaciones que desea recibir.

En qué casos no se requiere documentación

La mayoría de las compras con tarjeta se aprueban automáticamente y no es necesario presentar documentación de respaldo. Estos son algunos ejemplos:

- Gasto aprobado con un IIAS: usted compra artículos elegibles en un supermercado, una tienda de descuento o en una farmacia que sea comercio con IIAS.
- Copago equivalente: el gasto de la FSA coincide con un copago específico del plan médico, de la vista o dental de su empleador.
- Gasto recurrente: es igual a un gasto ya aprobado. Es decir, el costo, el tiempo y el consultorio médico son los mismos.
- Archivo electrónico: En algunas situaciones, su plan de salud, dental o de la vista enviará la información de su reclamación de manera electrónica.

Consejo en línea

Suba los documentos de respaldo a través de su cuenta en línea. Es la forma más rápida de saldar las transacciones que deben resolverse.

IMPORTANTE: Guarde todos los recibos detallados cada vez que use su tarjeta Inspira Card®. Hágalo incluso si considera que el gasto cumple con los estándares anteriores.

Recibos perdidos y transacciones no elegibles

Si le piden que envíe documentación de respaldo y no puede encontrar su recibo, solicite una copia a su médico o farmacéutico. Puede encontrar estados de cuenta y Explicaciones de beneficios (EOB) en el sitio web de su plan de salud. Debe conservar los recibos originales de las compras de artículos de venta libre (OTC), ya que las tiendas rara vez conservan esas copias.

Si su tarjeta Inspira Card® se utiliza indebidamente para pagar un gasto no elegible, deberá reembolsar el dinero al plan de su propio bolsillo. Si no le reembolsa al plan antes de la fecha de vencimiento, su Inspira Card® se desactivará. Además, cualquier solicitud de reembolso por reclamaciones en papel que presente después de esa fecha se utilizará para pagar el saldo que le debe al plan. No saldar transacciones no resueltas puede generar deudas fiscales.

Un proceso conocido como "compensación" puede ayudar a saldar transacciones no resueltas. Para compensar, envíe la documentación de respaldo de otro gasto elegible que haya pagado de su bolsillo. Esto cubrirá el costo de la transacción no resuelta.

Consecuencias fiscales

Si no le reembolsa a su plan o no compensa sus transacciones con tarjeta no resueltas antes de la fecha límite del plan y antes de que finalice su período de ampliación de plazo, es posible que el monto no resuelto se retenga de su salario o que adeude más impuestos. La Mancomunidad de Virginia reclasificará como ingresos tributables los montos no resueltos que usted adeude a la FSA y que no hayan sido retenidos de su salario. Este monto se agregará a su Formulario W-2 para el año fiscal correspondiente.

IMPORTANTE: Si su tarjeta Inspira Card® se suspende, no podrá usarla para acceder a fondos de su FSA hasta que salde todas las transacciones no resueltas que tengan una fecha límite de desactivación vencida.

Cancelación de la tarjeta

Su tarjeta Inspira Card® se desactivará cuando finalice su FSA. Si ha incurrido en gastos calificados antes de la fecha de terminación de su cuenta, debe presentar una reclamación en papel por dichos gastos. Para ello, envíe un Formulario de reclamación de la cuenta de gastos flexible junto con los documentos de respaldo. Además, si tiene transacciones no resueltas con la tarjeta Inspira Card® que requieren acción, deberá saldarlas para evitar pagar impuestos adicionales.

NOTA: Tiene tres meses desde la finalización de su período de cobertura para presentar el reembolso y verificar las transacciones con tarjeta no resueltas.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Las compras permitidas deben realizarse durante su período de cobertura.

FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

Conozca la FSA para el cuidado de dependientes

Una FSA para el cuidado de dependientes es un plan patrocinado por la Mancomunidad de Virginia que le permite apartar una parte de sus ingresos antes de impuestos para pagar gastos elegibles de cuidado de dependientes durante todo el período de cobertura. Usted ahorra dinero en gastos que ya está pagando, como el cuidado infantil y el preescolar.

Ahorre dinero con una FSA para el cuidado de dependientes

Si tiene niños pequeños o familiares dependientes, que se consideran “personas calificadas”, puede beneficiarse de este plan. Apartar dinero antes de impuestos significa que paga menos impuestos y aumenta su sueldo neto. También ahorra dinero en gastos que paga de su bolsillo. La cantidad que ahorre dependerá de su categoría impositiva. Por ejemplo, si está en la categoría impositiva del 30%, puede ahorrar \$30 por cada \$100* gastados en gastos elegibles como guardería, cuidado después de la escuela, cuidado diurno para personas mayores y mucho más.

Encuentre una lista completa de gastos elegibles de la FSA en www.inspirafinancial.com

Para ver el beneficio completo de tener una FSA, consulte este ejemplo de ahorro (supone una categoría impositiva del 30%):

Salario	\$40,000/año
Impuestos pagados sin FSA	\$12,000
Contribución a la FSA	\$5,000
Impuestos pagados con FSA	\$10,500
Sueldo neto	\$24,500
Dinero extra de los ahorros de la FSA	\$1,500

*Las contribuciones a la FSA se deducen antes de los impuestos federales y de la mayoría de los impuestos estatales. Los ahorros varían según su categoría impositiva.

Consulte con su asesor impositivo los detalles relativos a sus impuestos estatales y sus posibles ahorros fiscales.

FSA para el cuidado de dependientes

Puede utilizar su FSA para el cuidado de dependientes para recibir un reembolso por los gastos elegibles de cuidado de dependientes para personas que califiquen.

Una persona calificada incluye a un hijo calificado en los siguientes casos:

- Es ciudadano de los EE. UU., nacional o residente en los EE. UU., México o Canadá.
- Tiene una relación de tipo familiar específica con usted.
- Vive en su hogar durante más de la mitad del año fiscal.
- Tiene menos de 13 años.
- No ha aportado más de la mitad de su propia manutención durante el año fiscal.

Una persona calificada incluye a su cónyuge en los siguientes casos:

- Es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo.
- Vive en su hogar durante más de la mitad del año fiscal.
- Pasa al menos ocho horas al día en su casa.

Una persona calificada incluye a su familiar calificado en los siguientes casos:

- Es ciudadano de los EE. UU., nacional o residente en los EE. UU., México o Canadá.
- Es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo.
- No es hijo calificado de otra persona.
- Vive en su hogar durante más de la mitad del año fiscal.
- Pasa al menos ocho horas al día en su casa.
- Recibe de usted más de la mitad de su manutención durante el año fiscal.

NOTA: Solo el padre que tiene la custodia después de un divorcio o separación legal puede recibir un reembolso a través de la FSA para el cuidado de dependientes.

Reglas importantes de la FSA para el cuidado de dependientes

Personas calificadas

Sus gastos de cuidado de dependientes deben ser para una persona calificada. Una persona calificada tiene las siguientes características:

- Es su hijo dependiente menor de 13 años que vive con usted durante más de la mitad del año.
- Es su cónyuge u otro dependiente calificado que sea física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo y viva con usted durante más de la mitad del año.

Gastos relacionados con el trabajo

El cuidado que reciba su dependiente debe proveerse de manera tal que usted (y su cónyuge si está casado) pueda trabajar o buscar trabajo. "Trabajar" puede incluir la búsqueda activa de empleo. No incluye trabajo voluntario no remunerado ni trabajo voluntario por un salario nominal. Se considera que su cónyuge ha trabajado si es estudiante a tiempo completo durante al menos cinco meses calendario durante el año fiscal o si es incapaz de cuidar de sí mismo. Si está enfermo, las tarifas que paga por el cuidado de dependientes cuando no trabaja no suelen ser reembolsables. Pero hay una excepción a esta regla. Es posible que las ausencias temporales del trabajo no se tengan en cuenta si tiene que pagar gastos de cuidado de dependientes durante su enfermedad. Que una ausencia sea de corta duración depende de la situación pero, por regla general, el IRS indica que una ausencia de hasta dos semanas seguidas por enfermedad o vacaciones es una ausencia de corta duración o temporal.

Empleados a tiempo parcial

Por regla general, debe dividir los gastos entre los días que trabaja y los que no. No obstante, si trabaja a tiempo parcial, pero está obligado a pagar los gastos de cuidado de dependientes durante un período determinado (incluidos los días no laborables), no tiene que asignar los gastos entre los días trabajados y los no trabajados. Mire estos ejemplos.

Asignación requerida: por ejemplo, usted trabaja tres días a la semana y decide llevar a su hijo a la guardería cinco días a la semana para poder seguir trabajando. El costo de la guardería es de \$50 al día y \$250 a la semana. Debido a que trabaja a tiempo parcial y no está obligado a pagar el gasto total de \$250, debe asignar sus gastos de acuerdo con los días trabajados. En este caso, los gastos asignados equivalen a \$150 (\$50 por día por los tres días trabajados).

Asignación no requerida: la información es la misma que antes, pero en este caso, la guardería requiere que usted pague la tarifa semanal completa de \$250 sin importar cuántos días de la semana asista su hijo. En este caso, el gasto total de \$250 puede considerarse un gasto relacionado con el empleo y no se requiere la asignación del gasto en función de los días trabajados.

Contribuciones

El monto total que contribuye a una FSA cada año se denomina "elección anual". Puede elegir hasta \$5,000 por año del plan.

Tenga en cuenta que su límite de contribución anual puede ser menor según el ingreso ganado y la situación fiscal.

- Si es soltero, el límite de ingresos ganados es su salario.
- Si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado, el máximo es \$2,500.
- Si está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta, su monto máximo de elección combinado es \$5,000.

Fondos disponibles

Una FSA para la atención médica le permite acceder a todo el monto de elección el primer día del período de cobertura, pero una FSA para el cuidado de dependientes no lo permite. El monto de elección total para su FSA para el cuidado de dependientes se deduce de su cheque de pago en montos iguales durante todo el período de cobertura. Puede utilizar los fondos de su FSA para el cuidado de dependientes durante el período de cobertura siempre que haya fondos en la cuenta.

Cobro doble

Los gastos reembolsados conforme a su FSA para el cuidado de dependientes no pueden reembolsarse conforme a la FSA para el cuidado de dependientes de su cónyuge y viceversa. No es posible "cobrar doble" en ambas cuentas por los mismos gastos.

Cambios en la elección

Su elección no se puede cambiar durante el año del plan a menos que tenga un cambio de estado u otro evento de vida calificador (QME) que esté definido por las reglas del IRS. Los cambios de estado calificados pueden incluir los siguientes:

- Un cambio en el estado civil legal (matrimonio, divorcio o muerte de su cónyuge).
- Un cambio en la cantidad de sus dependientes (nacimiento o adopción de un hijo, o muerte de un dependiente).
- Un cambio en su situación laboral, o en la situación laboral de su cónyuge o dependiente.
- Un evento que cause que su dependiente cumpla o deje de cumplir un requisito de elegibilidad para los beneficios.
- Un cambio en el costo de la cobertura del cuidado de dependientes.

Por lo general, dos factores determinan si se permite un cambio en la elección. Primero, debe experimentar un cambio de estado u otro evento calificado. Segundo, el cambio solicitado debe ser coherente con el evento. Por ejemplo, si tiene un bebé, es posible que quiera aumentar su monto de elección.

Además, la elegibilidad de un niño como dependiente finaliza el día antes de su cumpleaños número 13, no al final del mes. En este momento, puede solicitar un cambio de elección y disminuir su elección o finalizar su participación en el plan de la FSA para el cuidado de dependientes.

Su cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud de elección o el cumpleaños número 13 del dependiente, lo que ocurra después.

NOTA: Es posible que no se reembolsen los gastos en los que incurrió el día del cumpleaños número 13 del niño o después de esa fecha.

Terminación

Si deja de trabajar para la Mancomunidad de Virginia o pierde su elegibilidad para la FSA, su participación en el plan y sus

contribuciones antes de impuestos se detendrán a fin de mes.

A diferencia de la FSA para la atención médica, la FSA para el cuidado de dependientes no es elegible para continuar según una cobertura extendida.

NOTA: Tiene tres meses a partir de la fecha de terminación para presentar solicitudes de reembolso de gastos elegibles.

Calcule sus ahorros

Para evitar perder dinero, haga una pequeña tarea. ¿Cuánto gastó en atención de dependientes el año pasado? Elija un monto de elección que sea cercano a lo que planea gastar durante el año del plan. Calcule sus gastos elegibles utilizando nuestra calculadora de ahorros en www.inspirafinancial.com.

Información fiscal importante sobre la FSA para el cuidado de dependientes

Requisitos para la declaración

Cuando participa en una FSA para el cuidado de dependientes, debe identificar a todas las personas u organizaciones que brindan atención a su hijo o dependiente. Puede hacerlo presentando el Formulario 2441 del IRS (Gastos de cuidado de hijos y dependientes) junto con el Formulario 1040 todos los años. Tenga en cuenta que los requisitos para la declaración están sujetos a cambios por parte del IRS. Para obtener más información, consulte a su asesor impositivo.

FSA para el cuidado de dependientes en comparación con el crédito fiscal para el cuidado de dependientes

No puede reclamar ningún otro beneficio fiscal por los montos libres de impuestos que reciba conforme a la FSA para el cuidado de dependientes. Esto es así incluso aunque el saldo de sus gastos elegibles de cuidado de dependientes relacionados con el trabajo (si los hubiera) puedan ser elegibles para el crédito para el cuidado de dependientes. En ciertas situaciones limitadas, puede resultar beneficioso para usted aprovechar el crédito fiscal en lugar de participar en la FSA para el cuidado de dependientes. Asegúrese de hablar con su asesor impositivo para obtener asesoramiento.

Solicitudes de reembolso

Los gastos elegibles en los que incurra durante el año del plan pueden reembolsarse a través de su FSA para el cuidado de dependientes presentando un formulario de reclamación de la cuenta de gastos flexible completado. Primero debe tener en cuenta la siguiente información:

- ¿El proveedor firmó la sección de certificación en el formulario? Si es así, simplemente envíenos el formulario completado.
- Si la certificación del proveedor no está completada y firmada, debe presentar una declaración desglosada del proveedor que brinda cuidado a los dependientes. Esta declaración debe incluir las fechas de servicio, el nombre y la fecha de nacimiento de cada dependiente, un desglose de los cargos y el nombre, la dirección y el número de identificación impositiva o de Seguro Social del proveedor.

Pagos de reembolso

Su plan de la FSA para el cuidado de dependientes tiene un cronograma de pago diario. Con este cronograma, no hay un período de espera adicional para los reembolsos. Una vez aprobada su solicitud, se programa el pago y el reembolso se emite el siguiente día hábil. Si su solicitud de reembolso supera el saldo de su cuenta, la FSA pagará hasta el monto disponible en su cuenta y pagará el monto pendiente una vez que haya fondos adicionales disponibles.

Pagar después de la terminación

Cuando finaliza su cuenta para el cuidado de dependientes, usted tiene tiempo adicional para generar y presentar reclamaciones por cuidado de dependientes a fin de poder utilizar su saldo restante de cuidado de dependientes. Tiene hasta 90 días adicionales para incurrir en gastos, o el final del año del plan, lo que ocurra primero. Tenga en cuenta que los 90 días para presentar reclamaciones no pueden superar la fecha de finalización del año del plan, el 30 de junio de 2026.

Fecha límite para el reembolso

Se debe haber incurrido en los gastos presentados para reembolso a través de su FSA para el cuidado de dependientes durante el período de cobertura. Su FSA para el cuidado de dependientes también incluye un período de ampliación de plazo. El período de ampliación de plazo es un período predeterminado de tres meses después del final del año del plan o del final de su período de cobertura. Durante este tiempo, usted puede presentar reclamaciones por los gastos en los que incurrió durante el período de cobertura. Las reclamaciones deben recibirse antes de la fecha límite para el reembolso. Una vez finalizado el período de ampliación de plazo, perderá el dinero no utilizado que quede en su FSA para el cuidado de dependientes.

Para presentar una reclamación o buscar formularios, inicie sesión en www.inspirafinancial.com o llame al Servicio al cliente al **855-516-8595**.

Gastos de la FSA para el cuidado de dependientes

El IRS define los gastos elegibles como aquellos en los que se incurre para el cuidado de uno o más hijos o familiares dependientes elegibles.

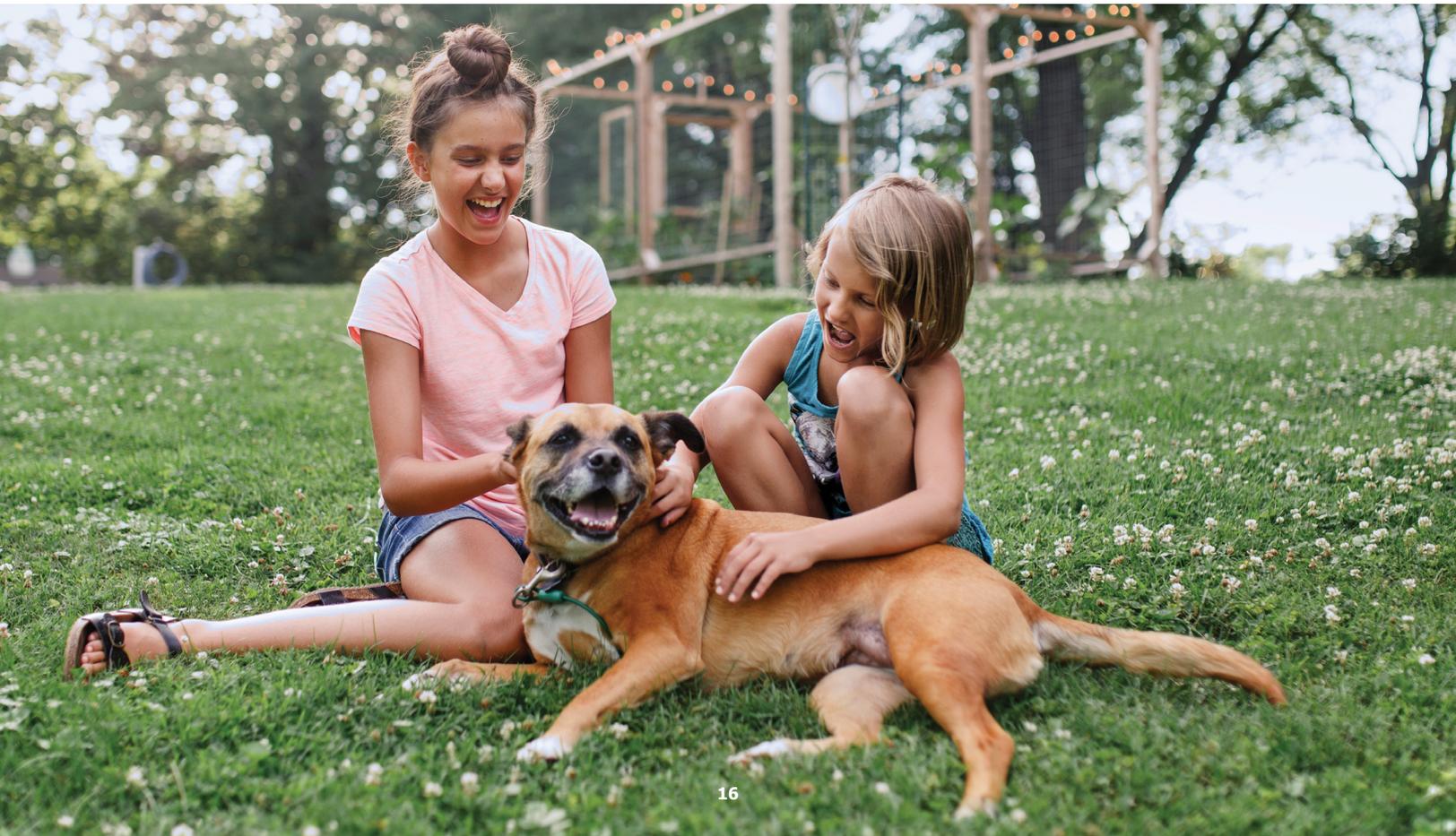
Los gastos elegibles típicos incluyen los siguientes:

- Guardería infantil.
- Cuidado antes y después de la escuela.
- Preescolar o escuela infantil.
- Programas de jornada extendida.
- Servicios de au pair (montos pagados por el cuidado real del dependiente).
- Niñera (dentro o fuera de su casa).
- Cuidado diurno para personas mayores para una persona que califique.
- Servicios de niñera (montos pagados por el cuidado real del dependiente).
- Campamento de día de verano para su hijo calificado menor de 13 años.

Gastos no elegibles

Los gastos no elegibles de la FSA para el cuidado de dependientes incluyen los siguientes:

- Dinero pagado a su cónyuge, a su hijo menor de 19 años, al padre/la madre de su hijo que no sea su cónyuge o a una persona por quien usted o su cónyuge tiene derecho a una exención de impuestos personales como dependiente.
 - Gastos relacionados con el cuidado de un cónyuge discapacitado o dependiente fiscal que viva fuera de su hogar.
 - Gastos educativos (como la escuela de verano y programas de tutoría).
 - Matrícula para jardín de infantes y grados superiores.
 - Gastos de alimentación (a menos que no puedan separarse del cuidado).
 - Gastos imprevistos (como cargos adicionales por suministros, eventos o actividades especiales, a menos que no puedan separarse del cuidado).
 - Campamento nocturno.
 - Gastos relacionados con la atención médica de un dependiente.
- Para obtener una lista completa de los gastos elegibles y no elegibles, visite www.inspirafinancial.com.



APROVECHE AL MÁXIMO SU EXPERIENCIA CON LA FSA

Registre su cuenta en línea

Si todavía no se registró en Inspira o es un participante nuevo, visite www.inspirafinancial.com para registrarse y configurar su cuenta personal Inspira (consulte el saldo, pague a los proveedores, vea los gastos elegibles y mucho más).

Después de que se inscriba y el plan entre en vigencia el 1 de julio, las calculadoras estarán disponibles en <https://inspirafinancial.com/individual> para la FSA para la atención médica y la FSA para el cuidado de dependientes. Estas herramientas pueden ayudarlo a decidir el monto de su elección para el año del plan y calcular cuánto ahorrará. También puede revisar listas de gastos elegibles, obtener respuestas a preguntas frecuentes y mucho más.

Su cuenta en línea

Para administrar su cuenta, regístrese e inicie sesión en www.inspirafinancial.com. Su cuenta en línea está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Solicitudes de reembolso

Puede solicitar un reembolso completando una reclamación de la cuenta de gastos flexible y enviándola junto con la documentación de respaldo. La forma más fácil de hacerlo es a través de su cuenta en línea. También puede presentar una reclamación por fax al: **1-888-238-3539** o por correo postal a la siguiente dirección:

Inspira Financial Health, Inc.
PO BOX 2495
Omaha, NE 68103

Para encontrar un formulario y obtener más detalles, simplemente inicie sesión en su cuenta Inspira.

Mantenerse al día con su FSA

La información de su cuenta está disponible en www.inspirafinancial.com. Puede iniciar sesión para verificar el saldo de su cuenta en tiempo real y ver la actividad de la cuenta. Además, cada vez que emitimos un reembolso, recibirá una Explicación de beneficios (EOB) en línea que muestra el saldo actual de su cuenta.

Depósito directo

El depósito directo emite los reembolsos directamente en su cuenta bancaria. Puede elegir el depósito directo cuando configure su perfil en www.inspirafinancial.com. Si utiliza depósito directo para su FSA, la transferencia electrónica de fondos aparecerá como "Commonwealth" (Mancomunidad) en su estado de cuenta. Si no tiene acceso a Internet o su acceso es limitado y desea registrarse para el depósito directo, llame a Inspira al **1-855-516-8595**. Durante el período de Inscripción abierta, puede acceder a su cuenta de Inspira para buscar e imprimir el formulario.

Estamos a su disposición

¿Tiene alguna pregunta? Estaremos encantados de responderle. Puede enviar un mensaje a través del Centro de Mensajes de su cuenta en línea. O bien, si prefiere, simplemente llámenos al número gratuito de Inspira al **1-855-516-8595 (TTY-711)**.

Nuestros representantes de servicios para participantes están disponibles de lunes a viernes (excepto los feriados), de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., CT. También puede utilizar este número de teléfono para consultar el saldo de su cuenta en cualquier momento y obtener otra información útil sobre el plan.

PLANILLAS DE LA FSA

Vea usted mismo cuánto suman sus ahorros

La cantidad que ahorre dependerá de cuánto gaste en salud y cuidado de dependientes, y de su situación fiscal. Para calcular sus gastos y ver usted mismo cuánto suman sus ahorros, utilice las planillas a continuación para determinar cuánto contribuir a su(s) cuenta(s). Calcule el monto que espera pagar de su bolsillo por los gastos médicos o de cuidado de dependientes elegibles durante el año del plan. Este monto calculado no puede exceder los límites establecidos por el IRS y el plan.

Sea conservador en sus estimaciones, ya que cualquier dinero restante en sus cuentas no podrá ser reembolsado.

Planilla de la FSA para la atención médica

Calcule sus gastos médicos de bolsillo elegibles y no asegurados para el año del plan. Los límites de contribución del IRS para la FSA para la atención médica se basan en el año del plan (del 1 de julio al 30 de junio), no en el año calendario.

GASTOS MÉDICOS NO ASEGURADOS

Deducibles del seguro de salud	\$ _____
Coseguro o copagos	\$ _____
Atención de la vista	\$ _____
Atención dental	\$ _____
Medicamentos con receta	\$ _____
Costos de transporte para atención médica	\$ _____
Otros gastos elegibles	\$ _____
Total (Límite de contribución del IRS: hasta \$3,300)	\$ _____
Dividir (por la cantidad de cheques de pago que recibirá durante su período de cobertura) ÷	_____
Esta es la contribución de su período de pago	\$ _____

Planilla para el cuidado de dependientes

Calcule sus gastos de cuidado de dependientes elegibles para el año del plan. Recuerde que el monto calculado no puede exceder los límites del año calendario establecidos por el IRS.

GASTOS DE CUIDADO INFANTIL

Servicios de guardería	\$ _____
Servicios de cuidado en el hogar/au pair	\$ _____
Guardería y preescolar	\$ _____
Cuidado después de la escuela	\$ _____
Campamentos diurnos de verano	\$ _____

SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS MAYORES

Centro de atención diurna	\$ _____
Cuidado en el hogar	\$ _____
Total (Límite de contribución del IRS: hasta \$5,000, dependiendo de cómo declare sus impuestos)	\$ _____
Dividir (por la cantidad de cheques de pago que recibirá durante su período de cobertura) ÷	_____
Esta es la contribución de su período de pago	\$ _____

Pagos indebidos de la FSA

Debido a que las FSA están reguladas por las normas del IRS, usted debe resolver cualquier pago indebido de reclamaciones de la FSA (reclamaciones de la FSA para la atención médica, transacciones con tarjeta de débito Inspira y reclamaciones de la FSA para el cuidado de dependientes) para evitar que la Mancomunidad de Virginia tome medidas adicionales.

Ejemplos de pagos indebidos de la FSA

Reclamaciones de la FSA para la atención médica:

supongamos que usted presenta la documentación de respaldo de las transacciones con tarjeta de beneficios, pero utiliza un Formulario de solicitud de reembolso en lugar de un Formulario de devolución. Si una reclamación de la FSA para la atención médica se paga indebidamente como reembolso duplicado, usted deberá reembolsar al plan de la FSA.

Transacciones con tarjeta de beneficios: en el consultorio del médico, pasa su tarjeta de beneficios por los servicios de atención médica prestados. Sin embargo, si los cargos incluidos son un gasto del año del plan anterior de la FSA, este es un gasto no elegible. Si, en una transacción con tarjeta de beneficios, pagó indebidamente un gasto no elegible, deberá reembolsar el dinero al plan de la FSA.

Reclamaciones de la FSA para el cuidado de dependientes:

supongamos que deja de trabajar para la Mancomunidad de Virginia. Cualquier reclamación de la FSA para el cuidado de dependientes que se haya reembolsado indebidamente por cambios retroactivos en la elegibilidad deberá devolverse al plan de la FSA.

¡ATENCIÓN!

Cómo corregir pagos indebidos de la FSA

No resolver los pagos indebidos tiene consecuencias, como la suspensión de su tarjeta de beneficios y la retención del monto adeudado de su salario.

- Si recibe un aviso sobre un pago indebido de la FSA, solo siga las instrucciones para reembolsar al plan de la FSA de su bolsillo o compense el monto adeudado con otro gasto elegible que no haya presentado para su reembolso.
- Si el aviso que recibe se aplica a su tarjeta de beneficios y no reembolsa el dinero al plan antes de la fecha de vencimiento indicada, su tarjeta de beneficios se desactivará y cualquier reembolso por reclamaciones en papel que presente después de esa fecha se utilizará para pagar el saldo que debe al plan.
- La Mancomunidad de Virginia puede retener el monto del pago indebido de su salario o de otra compensación permitida por la ley aplicable.
- La Mancomunidad de Virginia reclasificará el monto que debe al plan de la FSA como ingreso tributable si no reembolsa el dinero a su plan de la FSA o no compensa el monto que debe antes de que finalice el período de vencimiento. Su Formulario W-2 para el año fiscal aplicable incluirá el monto que debe al plan de la FSA.

Cómo cambiar su elección

Puede inscribirse, cambiar sus elecciones de FSA o modificar los montos de reducción salarial que haya seleccionado durante el año del plan solo en circunstancias limitadas según lo dispuesto por su plan de salud estatal y las pautas establecidas por el IRS. En un plazo de 60 días calendario posteriores a un evento de vida calificante, debe enviar una solicitud de cambio de elección y la documentación de respaldo al administrador de beneficios de la agencia. Los cambios de elección deben ser coherentes con el evento. La Mancomunidad de Virginia revisará, de manera uniforme y coherente, los hechos y las circunstancias de cada solicitud de cambio de elección a mitad de año del plan que esté debidamente completada y presentada a tiempo. Una vez aprobada su solicitud, sus elecciones de FSA existentes se suspenderán o modificarán (según corresponda). No podrá cambiar su elección después de la fecha de vigencia, a menos que experimente un evento de vida calificante (QME). **Estos son algunos ejemplos de eventos de vida calificantes (QME):**

- Cambio en el estado civil.
- Un cambio en el número de dependientes incluye nacimiento, fallecimiento, adopción y colocación para adopción.
- Cambio en la situación laboral del empleado, o de su cónyuge o dependiente, que afecta la elegibilidad de la persona bajo el plan de un empleador, incluida la terminación del empleo.
- Un evento que provoca la ganancia o la pérdida del estado de elegibilidad de un dependiente.
- Cambio en los proveedores de cuidado de dependientes o un cambio en el costo de los servicios de cuidado de dependientes. Sin embargo, si un familiar (que tiene un lazo de consanguinidad o matrimonial) brinda cuidado asistencial a su dependiente elegible, no puede cambiar el monto de reducción salarial únicamente por el deseo de aumentar o disminuir el monto que se le paga a dicho familiar.

Cuando cancela o reduce a cero su elección de FSA debido a un cambio de estado, su cuenta finaliza y solo se le podrá reembolsar los gastos en los que incurra hasta el final de ese período de cobertura.

Para obtener más información sobre cómo inscribirse o realizar cambios en sus cuentas de gastos flexibles, visite **www.dhrm.virginia.gov** o consulte al administrador de beneficios de la agencia.

¿Cuál es mi período de cobertura?

Su período de cobertura para incurrir en gastos se basa en su participación en el programa. Si realiza un cambio de elección permitido a mitad del año del plan, este podría afectar su período de cobertura. En el caso de una FSA para la atención médica, un cambio de elección a mitad del año del plan generará períodos de cobertura divididos, lo que creará más de un período de cobertura dentro de un año del plan y los gastos se reembolsarán a partir del período de cobertura correspondiente. El dinero de un período de cobertura anterior se puede combinar con montos posteriores a un cambio de elección permitido a mitad del año del plan. No obstante, los gastos en los que se incurra antes del cambio de elección permitido solo pueden reembolsarse usando el monto del saldo presente en la FSA para la atención médica antes del cambio.

Los cambios de elección a mitad del año del plan solo se aprueban si el cambio se debe y corresponde al evento de conformidad con las regulaciones del IRS que rigen el plan.

IMPORTANTE: Los períodos de cobertura divididos no se aplican a las FSA para el cuidado de dependientes.

¿Cuáles son las reglas especiales de coherencia del IRS que rigen el cambio de estado?

1. Pérdida de la elegibilidad de dependientes: si un cambio en su estado civil o situación laboral implica una disminución o cese de los requisitos de elegibilidad de su cónyuge o dependiente para recibir cobertura debido a su divorcio, al fallecimiento de su cónyuge o dependiente, o al cese de los requisitos de elegibilidad de un dependiente, usted podrá disminuir o cancelar la cobertura solo para la persona involucrada. No podrá disminuir ni cancelar la cobertura de ninguna otra persona en estas circunstancias.

2. Obtenga elegibilidad de cobertura bajo el plan de otro empleador: si usted, su cónyuge o su dependiente obtienen elegibilidad para la cobertura bajo el plan de otro empleador como resultado de un cambio en el estado civil o la situación laboral, puede interrumpir o disminuir la cobertura de esa persona si esta obtiene cobertura o aumenta su cobertura bajo el plan del otro empleador.

3. Gastos de cuidado de dependientes: puede cambiar o cancelar su elección de FSA para el cuidado de dependientes cuando un evento de cambio de estado (CIS) afecte (i) la elegibilidad para la cobertura bajo el plan de un empleador o (ii) la elegibilidad de los gastos de cuidado de dependientes para la exclusión de impuestos disponible bajo la sección 129 del Código de Impuestos Internos (IRC).

Cuando finaliza la cobertura

FSA para la atención médica

Si experimenta un evento que afecte su situación laboral activa, como la terminación del empleo, una licencia no remunerada o la jubilación, puede calificar para continuar contribuyendo a su FSA para la atención médica después de impuestos. Comuníquese con el administrador de beneficios de la agencia dentro de los 60 días calendario posteriores al evento para analizar la continuación de su FSA para la atención médica a través de una cobertura extendida.

Si no elige continuar su participación en la FSA para la atención médica a través de la cobertura extendida, en la mayoría de los casos, su participación en el programa finalizará el último día del mes en el que cambió su situación laboral activa. Si elige seguir participando en la FSA para la atención médica a través de la cobertura extendida, realizará contribuciones mensuales después de impuestos a su FSA para la atención médica junto con la tarifa administrativa. Esto le permitirá recibir reembolsos de los gastos de atención médica elegibles en los que incurrió durante su período de cobertura. La cobertura de su FSA para la atención médica no se extenderá más allá del año del plan en el que se haya producido el evento que califica para cobertura extendida.

FSA para el cuidado de dependientes

No puede continuar contribuyendo a su FSA para el cuidado de dependientes según la cobertura extendida. Sin embargo, puede seguir solicitando el reembolso de gastos elegibles.

Apelaciones

Cómo apelar una reclamación denegada de la FSA para el cuidado de dependientes

Si considera que su reclamación se denegó por error, tiene derecho a presentar una apelación para explicar por escrito por qué cree que la reclamación debería aprobarse. Para presentar la apelación, puede iniciar sesión en su cuenta de Inspira en la aplicación Inspira Mobile® o enviarla por correo electrónico o por fax a Inspira. Para apelar mediante el correo postal tradicional, envíe su solicitud a la siguiente dirección:

Inspira Financial Health, Inc

Appeals
PO BOX 2495
Omaha, NE 68103

O bien, puede enviar su solicitud por fax al **1-888-238-3539**.

Apelaciones (continuación)

- Su apelación debe recibirse en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que reciba el aviso de que su reclamación fue denegada.
- La FSA de Inspira le notificará por escrito la decisión sobre su apelación en un plazo de 60 días después de la recepción de su apelación por escrito. La decisión de apelación sobre la revisión es la decisión final del administrador externo (FSA de Inspira). Si vuelve a apelar esta reclamación, su empleador tendrá la decisión final sobre la cobertura.
- Puede solicitar copias de todos los documentos e información relacionados con su reclamación denegada. Estos se proporcionarán sin costo alguno.

Cómo apelar una reclamación denegada de la FSA para la atención médica

Si considera que su reclamación se denegó por error, tiene derecho a presentar una apelación para explicar por escrito por qué cree que la reclamación debería aprobarse. Para presentar la apelación, puede iniciar sesión en su cuenta de Inspira en la aplicación Inspira Mobile® o enviarla por correo electrónico o por fax a Inspira. Para apelar mediante el correo postal tradicional, envíe su solicitud a la siguiente dirección:

Inspira Financial Health, Inc

Appeals
PO BOX 2495
Omaha, NE 68103

O bien, puede enviar su solicitud por fax al **1-888-238-3539**.

- Su apelación debe recibirse en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba el aviso de que su reclamación fue denegada.
- Puede enviar información adicional relacionada con su reclamación junto con su apelación, por ejemplo: comentarios escritos, documentos, registros, una carta de su médico donde indique la necesidad médica del producto o servicio denegado y cualquier otra información que considere que respaldará su reclamación.

Proceso de revisión de apelaciones para las reclamaciones de la FSA

- Su apelación será revisada por una persona que no estuvo involucrada en la denegación de la reclamación inicial y que no es subalterna de ninguna persona que sí lo estuvo.
- La revisión será un nuevo análisis de la reclamación y apelación sin deferencia hacia la negación inicial y tendrá en cuenta toda la información presentada con su reclamación o apelación.
- La FSA de Inspira le notificará por escrito la decisión sobre su apelación en un plazo de 60 días después de la recepción de su apelación por escrito.

La decisión de apelación sobre la revisión es la decisión final del administrador externo (FSA de Inspira). Después de que se agoten los procedimientos de apelación de la FSA de Inspira, puede solicitar una apelación ante el Departamento de Gestión de Recursos Humanos (DHRM).

La apelación debe presentarse por escrito al director del DHRM. Las apelaciones ante el director deben presentarse en un plazo de cuatro (4) meses después del aviso de la determinación adversa. Para presentar dicha apelación, usted o su representante autorizado debe enviar la siguiente información al director del DHRM:

- Su nombre completo.
- Su número de identificación.
- Su dirección.
- Su número de teléfono.
- Una declaración de la decisión adversa que está apelando.
- Qué solución específica busca al presentar esta apelación.

Puede descargar un formulario de apelación en www.dhrm.virginia.gov.

Para apelar mediante el correo postal tradicional, envíe su solicitud a la siguiente dirección:

Director, Virginia Department of Human Resource Management
101 N. 14th Street – 12th Floor
Richmond, VA 23219

Marque el sobre: Confidential - Appeal Enclosed
(Confidencial - Apelación adjunta).

O bien, puede enviar su solicitud por fax al **1-804-786-0356**. Por correo electrónico, envíe su solicitud a appeals@dhrm.virginia.gov.

Tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información que respalde su reclamación. En la apelación se tendrá en cuenta toda la información que usted presente, independientemente de si se presentó o se consideró en la determinación inicial.

El DHRM no acepta apelaciones por asuntos en los que el único problema sea el desacuerdo con políticas, reglas, regulaciones, contratos o leyes. Si no está seguro de si se puede apelar una determinación, comuníquese con la Oficina de Beneficios de Salud al **1-804-225-3642** o al **1-888-642-4414**.

Usted es responsable de proporcionar al DHRM toda la información necesaria para revisar la solicitud. Se le permitirá enviar cualquier información adicional que desee que se considere en esta revisión y tendrá la oportunidad de explicar, en persona o por teléfono, por qué cree que la determinación debería anularse.

El director del DHRM tomará las decisiones sobre estas apelaciones y emitirá una decisión por escrito. Si la decisión no es favorable para usted, usted tiene derecho a apelar nuevamente a través de la Ley de Proceso Administrativo. La decisión del tribunal de circuito es vinculante para todas las partes. La Ley de Proceso Administrativo de Virginia aborda la revisión judicial de las decisiones administrativas desde la sección 2.2-4025 del Código de Virginia hasta la sección 2.2-4030 del Código de Virginia. La Parte 2A de las Reglas de la Corte Suprema de Virginia aborda las apelaciones a través de la Ley de Proceso Administrativo.

Cobertura extendida

¿Qué es la continuación de la cobertura?

El derecho a la continuación de la cobertura fue creado para los empleadores privados amparados por la ley federal a través de la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (COBRA) de 1985, y estos derechos se reflejan en las disposiciones de continuación de la cobertura de la Ley del Servicio de Salud Pública que cubre a los empleados de los gobiernos estatales y locales. La ley federal exige que la mayoría de los planes de salud grupales, incluidas las FSA para la atención médica, brinden a los empleados y sus familias la oportunidad de continuar con su cobertura de atención médica cuando hay un "evento calificante" que ocasionaría una pérdida de cobertura conforme al plan de un empleador.

¿Cuánto tiempo durará la continuación de la cobertura?

Para FSA para la atención médica

Si aún no ha recibido como reembolso el beneficio máximo disponible conforme a su FSA para la atención médica para el período de cobertura, puede continuar su FSA para la atención médica (después de impuestos) solo durante el resto del año del plan en el que ocurre su evento calificante.

Si deja de trabajar para su empleador o pierde su elegibilidad para la FSA, su participación en el plan y sus contribuciones antes de impuestos finalizarán automáticamente. Los gastos por servicios que reciba después de la fecha de terminación de su cuenta FSA solo serán elegibles si elige la cobertura extendida.

¿Cuándo y cómo se debe realizar el pago por la continuación de la cobertura?

Primer pago para la continuación de la cobertura

Si elige la continuación de la cobertura, no debe enviar ningún pago con el Formulario de elección de cobertura extendida. Sin embargo, debe realizar su primer pago para la continuación de la cobertura en un plazo de 45 días después de la fecha de su elección. (Esta es la fecha en que se sella el aviso de elección, si se envía por correo). Si no realiza su primer pago por la continuación de la cobertura dentro del período de 45 días, perderá todos los derechos de continuación de la cobertura conforme al plan.

Su primer pago debe cubrir el costo de la continuación de la cobertura desde el momento en que su cobertura conforme al plan habría terminado de otra manera hasta el momento en que realice el primer pago. Usted es responsable de asegurarse de que el monto de su primer pago sea suficiente para cubrir todo este período.

Pagos periódicos para la continuación de la cobertura

Después de realizar su primer pago por la continuación de la cobertura, se le solicitará que pague la continuación de la cobertura por cada mes de cobertura subsiguiente. Según el plan, estos pagos periódicos para la continuación de la cobertura vencen el primer día de cada mes. Si realiza un pago periódico en la fecha de vencimiento o antes, su cobertura conforme al plan continuará durante ese período de cobertura sin interrupciones.

Períodos de gracia para los pagos periódicos

Aunque los pagos periódicos deben realizarse según el cronograma anterior, se le otorgará un período de gracia de 30 días para realizar cada pago periódico. La continuación de la cobertura se le proporcionará para cada período de cobertura siempre que el pago de ese período de cobertura se realice antes del final del período de gracia para ese pago. Si realiza un pago periódico después de la fecha de vencimiento pero durante su período de gracia, la cobertura conforme al plan se suspenderá a partir de la fecha de vencimiento y luego se restablecerá retroactivamente (hasta la fecha de vencimiento) cuando se realice el pago periódico. Esto significa que cualquier reclamación que presente por los beneficios mientras su cobertura esté suspendida puede ser denegada y es posible que deba volver a presentarla una vez que se restablezca la cobertura.

Si no realiza un pago periódico antes de que finalice el período de gracia para dicho pago, perderá todos los derechos de continuación de la cobertura conforme al plan.



Este material tiene solo fines informativos. No es una oferta de cobertura ni constituye un contrato. En caso de discrepancia entre los documentos del plan y la información en este material, prevalecen los documentos del plan. Los gastos elegibles pueden variar según el empleador. Consulte la Descripción resumida del plan (SPD) de su empleador para obtener más información sobre los beneficios cubiertos. Se considera que la información es precisa a la fecha de producción; sin embargo, está sujeta a modificaciones.

Inspira Financial Health, Inc. no brinda asesoramiento legal, fiscal ni financiero. Comuníquese con un profesional para obtener asesoramiento sobre elegibilidad, tratamiento fiscal y otras restricciones.

Inspira e Inspira Financial son marcas comerciales de Inspira Financial Trust, LLC.

MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA

