

## A. Información General del Plan

1. Nombre de la Compañía: District of Columbia Government.
2. Nombre del Plan: Plan de Beneficio Flexible de District of Columbia Government.
3. Clase de Plan: El Plan es diseñado para proveer beneficios permitidos bajo la Sección 125 del Código de Rentas Internas (IRC). El nombre y número del Plan deben ser usados en cualquier correspondencia referente al Plan.
4. Requisitos de elegibilidad: Debe ser un empleado de District of Columbia Government el cual trabaja un mínimo de 30 horas por semana.
  - Si usted o su cónyuge contribuyen a una Cuenta de Ahorro de Salud (HSA), usted no puede elegir una cuenta Médica FSA.
5. Fecha en la que usted es elegible para participar del Plan: Una vez que haya reunido los requisitos de elegibilidad.
6. Que clases de primas de seguro usted puede pagar a través del Plan: Primas Médicas, Dental y Vision.
7. El Año del Plan comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.
8. Fecha vigente del Plan: 1 de enero del 2015.
9. Número del Plan: 501.
10. Número de Identificación de la Compañía: 53-6001131.
11. Nombre, dirección y número de teléfono del Administrador del Plan:  
District of Columbia Government  
441 4<sup>th</sup> Street, NW Suite 340N  
Washington, DC 20001  
(202) 442-9623
12. Agente para el servicio de proceso: District of Columbia Government.

## B. Cuentas de Gastos Flexibles (FSAs)

### 1. Clases de FSAs

#### FSA Médica

- (a) La cantidad máxima que usted puede contribuir para reembolso de gastos médicos elegibles en el Año del Plan tal como se define en la Sección 213 (d) del IRC excepto para primas de seguros: \$2,650.
- (b) Para participantes activos:
  - Servicios elegibles deben ser provistos:
    - después de su fecha vigente en el Plan y
    - durante el Año del Plan.
- (c) Si usted pierde elegibilidad durante el Año del Plan (incluyendo terminación de empleo):
  - Servicios elegibles deben ser provistos:
    - después de su fecha vigente en el Plan,
    - durante el Año del Plan y
    - antes de la fecha en la cual usted perdió elegibilidad.
  - La Tarjeta Beniversal no estará disponible una vez que usted pierda su elegibilidad al Plan. Gastos elegibles pueden ser reembolsados al someter un reclamo.

#### FSA de Cuidado de Dependiente

- (a) La cantidad máxima que usted puede contribuir para reembolsos de servicios de cuidado de dependiente, tal como se define en la Sección 21(b) del IRC, es limitada a la cantidad menor de las siguientes cantidades:
  - \$5,000 casados y rinden planilla conjuntamente, o si es soltero; \$2,500 o casados y rinden planilla separadamente.
  - Los ingresos del participante.
  - Los ingresos del cónyuge.
- (b) Para participantes activos
  - Servicios elegibles deben ser provistos:
    - después de su fecha vigente en el Plan y
    - durante el Año del Plan.
- (c) Si usted pierde elegibilidad durante el Año del Plan (incluyendo terminación de empleo):
  - Servicios elegibles deben ser provistos:
    - después de su fecha vigente en el Plan y
    - durante el Año del Plan en la cual usted perdió elegibilidad.

## **2. Reclamos FSA**

### Sumisión de reclamos

- (a) Los reclamos deben ser recibidos por Benefit Resource, Inc. antes de la culminación de los 90 días del período de agotación después de la culminación del Año del Plan.
- (b) Reclamos negados durante este periodo de agotación pueden ser sometidos otra vez a Benefit Resource dentro de 21 días después que el periodo culmine.
- (c) A los participantes elegibles se les permitirá transferir hasta \$500 de los fondos no utilizados al siguiente Año del Plan después de la culminación del plazo establecido en (b) es completado para el corriente Año del Plan. La cantidad mínima que puede ser transferida debe ser más de \$10.
- (d) Fondos en su cuenta al final de este periodo serán confiscados.

### Reclamos de reembolsos

- (a) Complete su reclamo siguiendo todas las instrucciones.
- (b) Reclamos recibidos con la documentación apropiada serán procesados dentro de 5 días laborables.
- (c) Los reclamos de reembolsos serán procesados diariamente.
- (d) No debe someter un reclamo por gastos pagados con la Tarjeta Beniversal o reembolsados por otra fuente.

## **3. La Tarjeta Beniversal para FSA Medica:**

- (a) La Tarjeta Beniversal le permite acceso a los fondos de su FSA Medica para pagar por servicios médicos elegibles en comercios calificados.
- (b) La Tarjeta Beniversal sólo se puede usar para pagar por servicios elegibles después de que estos son provistos. La Oficina del IRS permite una excepción: la elegibilidad de gastos de ortodoncia, estos pueden ser basados ya sea en la fecha de pago, fecha de servicio o por pagos mensuales/facturas.
- (c) Pagos por servicios en el Año del Plan actual con la Tarjeta Beniversal deben ser completado antes de finalizar el Año del Plan.
- (d) Una vez que un nuevo Plan comienza, solo los fondos asociados con el nuevo Plan estarán disponibles en la Tarjeta Beniversal.
- (e) Usted deberá mantener toda documentación relacionada con los gastos médicos pagados con la tarjeta, como las regulaciones del IRS exigen que se verifique la elegibilidad de todas las transacciones.
- (f) Si la transacción no puede ser verificada automáticamente, usted será contactado para que someta la documentación de tal transacción.
- (g) Los gastos Médicos pagados con la tarjeta no deben ser sometidos en un reclamo de reembolso.