

# Lista de gastos elegibles de la cuenta FSA de propósito limitado



## ⚠️ IMPORTANTE:

Una cuenta LP FSA cubre únicamente los gastos dentales, de ortodoncia y de visión elegibles y está destinada a los empleados inscritos en una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés).



## Gastos dentales y de ortodoncia elegibles

Cuidado dental para fines no cosméticos, tales como:

- Limpiezas y exámenes
- Coronas y puentes
- Reconstrucción dental, implantes
- Dentaduras postizas y cuidado de las dentaduras postizas
- Servicios de diagnóstico
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Radiografías

Copagos de planes dentales

Coseguro del plan dental

Deducibles del plan dental

Cirugía dental

Servicios de diagnóstico

Trabajos y aparatos de ortodoncia

Productos dentales de venta libre que no contienen drogas o medicamentos

Productos dentales de venta libre que contienen una droga o medicamento\*

Dispositivos para prevenir el rechinamiento de los dientes, tales como protectores oclusales



## Gastos de la vista elegibles

Lentes de contacto

Solución para lentes de contacto

Servicios de diagnóstico

Exámenes de la vista

Equipo/materiales relacionados con los ojos

Anteojos (de venta libre y recetados)

Kit de reparación de anteojos

Cirugía ocular

Perro guía (perro, entrenamiento y cuidado)

Honorarios del optometrista/ofthalmólogo

Ortoqueratología

Productos para la visión de venta libre que no contienen medicamentos o fármacos

Productos para la visión de venta libre que contienen una droga o un medicamento\*

Anteojos de sol (solo con receta)

Coseguro del plan de la visión

Copagos del plan de la visión

Deducibles del plan de la visión

Corrección de la visión, como la queratotomía corneal y la cirugía ocular con láser

Si tiene preguntas sobre lo que significa un gasto elegible para la cuenta LP FSA, comuníquese con nuestro equipo de atención al cliente a través del chat en línea al 1-888-401-FLEX(3539) o envíe un correo electrónico a [info@benstrat.com](mailto:info@benstrat.com).



### Ejemplos de gastos no admisibles

Blanqueamiento dental

Cirugía dental estética

Productos de higiene dental (Ej: Pasta de dientes)

Tratamiento y atención médica

\* Aunque los medicamentos dentales y de la visión de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) no necesitan receta médica para comprarlos, necesitará una para que el artículo sea elegible para la FSA.

**NOTA:** Los medicamentos y las drogas dentales y de la visión de venta libre no funcionarán con la tarjeta de débito Benefit Strategies. Deberá pagar con otros medios y solicitar el reembolso a través de uno de nuestros métodos de reembolso manual. Recuerde presentar la receta, junto con la documentación detallada.

# Ficha de elección



La cuenta FSA de propósito limitado y las fichas de elección de cuidado de personas a cargo pueden ayudarle a determinar cuánto debe separar en su cuenta FSA. También puede utilizar la calculadora de ahorro de impuestos en [benstrat.com](http://benstrat.com).

**Importante:** Haga una elección prudente, teniendo en cuenta únicamente los gastos en los que se prevé que usted y sus personas a cargo elegibles para la FSA vayan a incurrir mientras esté inscrito durante el año del plan de la cuenta FSA.

Ficha de propósito limitado para la elección de la cuenta FSA

Gastos dentales y de la vista por año del plan	Para usted	Para su cónyuge	Para sus hijos
Copagos dentales, coseguro, deducibles	\$	\$	\$
Exámenes dentales y trabajo dental y ortodoncia	\$	\$	\$
Ortodoncia	\$	\$	\$
Exámenes oculares, cirugía LASIK	\$	\$	\$
Anteojos recetados, anteojos para leer, lentes de contacto, etc.	\$	\$	\$
Gastos dentales y de la visión por año del plan	\$	\$	\$
Columna para el total de cada miembro de la familia	(A)\$	(B)\$	(C)\$
Costo total de los gastos dentales y para la visión para el año del plan (A)+(B)+(C)	(D)\$		
Monto máximo de elección de la cuenta LP FSA (consulte el formulario de inscripción de la cuenta LP FSA para conocer el máximo del plan)	(E)\$		
Monto de la elección. Escriba (D) o (E), lo que sea menor	(F)\$		
Cantidad de períodos de pago en un año del plan	(G)		
Importe de deducción de nómina por período de pago (F)+(G)	\$		

Ficha de elección de la cuenta FSA para el cuidado de personas a cargo

Costo semanal elegible para el cuidado de personas a cargo	(A)\$
Semanas de cuidado de personas a cargo que tendrá en el año del plan	(B)
Costo total del cuidado de personas a cargo para el año del plan (A) x (B)	(C)\$
Si es soltero o casado y presenta una declaración conjunta, escriba \$5,000 Si es casado y presenta una declaración individual, escriba \$2,500	(D)\$
Monto de la elección. Escriba (C) o (D), lo que sea menor	(E)\$
Cantidad de períodos de pago en un año del plan	(F)
Importe de deducción de nómina por período de pago (E) + (F)	(G)