

**Hoja de Trabajo de
Análisis de Beneficios
de la Cuenta de Gasto
Flexible**



P.O. Box 70168 ♦ Eugene, OR 97401
Phone: 541.485.7488 ♦ 800.422.7038
Fax: 800.575.1109
Manleyplan.com

Tenga en cuenta que: esto no es un formulario de inscripción. Use este formulario para calcular el monto estimado que asignará en su formulario de inscripción.

SECCIÓN A: GASTOS MÉDICOS NO REEMBOLSADOS

Costos médicos no reembolsados estimados por año para usted y su familia:

Deducibles del seguro médico	\$ _____
Coseguro o copagos	\$ _____
Cuidado de la visión (exámenes del ojo, lentes de contacto, anteojos, etc.)	\$ _____
Exámenes de rutina (ginecológicos, físicos, etc.)	\$ _____
Costos de transporte relacionados con la atención médica	\$ _____
Medicamentos de venta libre (OTC)*	\$ _____
Medicamentos recetados (incluyendo control natal)	\$ _____
Sillas de ruedas, muletas, aparatos médicos, etc.	\$ _____
Gastos dentales (es decir, revisiones, ortodoncia, etc.)	\$ _____
Total anual	\$ _____

* A partir de enero de 2011, los medicamentos de venta libre (OTC) requerirán la receta de un proveedor médico para que sean elegibles para el reembolso de cuentas de gastos flexibles. Para más información, consulte nuestro sitio de Internet, ManleyPlan.com.

SECCIÓN B: GASTOS POR ATENCIÓN A DEPENDIENTES

¿Cuánto paga para que cuiden a sus niños o adultos mayores dependientes mientras usted y su cónyuge trabajan, buscan trabajo o asisten a la escuela?

Mensual	\$ _____
Total anual	\$ _____

SECCIÓN C: GASTOS TOTALES

Sume los totales anuales de cada sección anterior para determinar el monto por asignar a su FSA y/o HRA.

Total de la Sección A	\$ _____
Total de la Sección B	\$ _____
Gran total	\$ _____
Divida el total entre la cantidad de períodos de pago: _____	= \$ _____