

**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
www.manleyserv.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	\$ _____
Medicamentos recetados (incluyendo control natal)	\$ _____
Sillas de ruedas, muletas, aparatos médicos, etc.	\$ _____
Gastos dentales (es decir, revisiones, ortodoncia, etc.)	\$ _____
Total anual	\$ _____

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: _____	= \$ _____