



FSA PARA CUIDADOS DE SALUD

HOJA DE CÁLCULO PARA LA ELECCIÓN ANUAL



MÉDICO



DENTAL



VISIÓN

Al estimar sus gastos elegibles, recuerde incluir los gastos para usted Y para sus dependientes para todo el año del plan. No incluya gastos cubiertos por sus planes de seguro.

Copagos de visitas a consultorios \$ _____

Medicinas con prescripción médica para el año del plan \$ _____

Exámenes de la vista \$ _____

Lentes de contacto, anteojos (lentes y marcos) \$ _____

Provisión para la limpieza de lentes de contacto para el año del plan \$ _____

Servicios quiroprácticos \$ _____

Exámenes físicos \$ _____

Servicios psicológicos \$ _____

Gastos dentales \$ _____

Pagos de ortodoncia para el año del plan (contrato de pagos) \$ _____

Cirugía LASIK o PRK de la vista \$ _____

Medicinas sin prescripción, antidoloríficos, antialérgicos y antigripales \$ _____

Deducible anual del seguro médico por persona \$ _____

Deducible anual del seguro dental por personal \$ _____

Los siguientes NO son elegibles: primas de seguro, masajes, vitaminas (excepto prenatales con prescripción), hierbas, suplementos nutricionales, blanqueamiento de los dientes, cirugía/procedimiento cosmético.

Gastos totales anuales estimados **\$ _____**

Gastos del período de prepago
(dividir el total anual por el número de períodos de pago en el año del plan) **\$ _____**

Este formulario es sólo para sus registros.