

# Medical Expense Reimbursement Worksheet

This reimbursement worksheet will assist you to estimate your annual medical costs, which may not be reimbursed by your health plan. This list is not intended to be comprehensive, but contains some of the more common medical expenses. Please remember per Federal guidelines, all procedures which are considered to be cosmetic is not eligible for reimbursement.

List all expected expenses that will not be reimbursable by other coverage incurred by you, your spouse, or qualified dependents:

**Qualifying Expense**

**Estimated Annual Expense**

Medical doctors' fees	\$ _____
Annual physical examinations	\$ _____
Dental examinations	\$ _____
Eyeglasses	\$ _____
Contacts	\$ _____
Prescription drugs	\$ _____
Over-the-Counter Medicines (prescribes by a physician)	\$ _____
X-rays	\$ _____
Lab fees	\$ _____
Hospital services	\$ _____
Chiropractors	\$ _____
Hearing aids	\$ _____
Surgery	\$ _____
Ambulance services	\$ _____
Nursing home costs	\$ _____
False teeth	\$ _____
Psychiatrists	\$ _____
Psychologists	\$ _____
Acupuncturists	\$ _____
Orthodontists	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
TOTAL ESTIMATED ANNUAL EXPENSES	\$ _____ (A)
NUMBER OF PAY PERIODS	\$ _____ (B)
AMOUNT OF DEDUCTION PER PAY PERIOD	\$ _____ (A / B)

If further assistance or clarification regarding eligible or ineligible expenses is needed, please contact our Customer Service Team at (800) 934-6302 or visit [www.bmatpa.com/fsaextras](http://www.bmatpa.com/fsaextras).



# Hoja de Trabajo para el Reembolso de Gastos Médicos

Esta hoja de trabajo le ayudará a estimar sus gastos médicos anuales que no pudieran ser reembolsados por un plan de salud. Esta lista no tiene la intención de ser extensa, sin embargo, contiene algunos de los gastos médicos más comunes. Por favor recuerda que algún procedimiento a considerarse como cosmético no es elegible. Si necesita mayor aclaración sobre que pudiera considerarse como un procedimiento cosmético, comuníquese con BMA al 1-800-934-6302.

Haga una lista de todos los gastos que no sean reembolsados por alguna otra cobertura incurridos por usted, su cónyuge o dependientes que tengan derecho:

## Gastos Autorizados

## Gasto Annual Estimado

Honorarios médicos	\$ _____
Exámenes físicos anuales	\$ _____
Exámenes dentales	\$ _____
Exámenes de los ojos	\$ _____
Anteojos	\$ _____
Lentes de contacto	\$ _____
Medicinas recetadas	\$ _____
Rayos X	\$ _____
Cargos de laboratorio	\$ _____
Servicios de hospital	\$ _____
Quiroprácticos	\$ _____
Audífonos	\$ _____
Cirugía	\$ _____
Servicio de ambulancia	\$ _____
Gastos de hogares de ancianos	\$ _____
Dientes falsos	\$ _____
Psiquiatras	\$ _____
Psicólogos	\$ _____
Acupunturistas	\$ _____
Ortodoncistas	\$ _____
Medicinas sin receta médica (deben ser elegibles)	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

TOTAL DE GASTOS ANUALES ESTIMADOS \$ \_\_\_\_\_ (A)

NÚMERO DE PERIODOS DE PAGO \_\_\_\_\_ (B)

CANTIDAD DE REDUCCIÓN POR PERIODO DE PAGO (A/B) \$ \_\_\_\_\_

Para obtener más información, póngase en contacto con BMA al (800) 934-6302 o [CustomerService@bmatpa.com](mailto:CustomerService@bmatpa.com)



Benefit Management Administrators

LOCAL | ADMINISTRATIVE | EXCELLENCE

11550 W. IH 10, Suite 220, San Antonio, TX 78230 | [bmatpa.com](http://bmatpa.com)