



Certificación de Necesidad Médica

Bajo las reglas de la Oficina del Servicio de Rentas Internas (IRS), algunos productos y servicios de asistencia médica para la salud son sólo elegibles para reembolso de su cuenta médica cuando su doctor u otra persona autorizada que provee asistencia médica para la salud donde certifica médicamente que son necesarios.

PARA TRAMITAR SU RECLAMO: por favor pídale a su proveedor de salud que llene esta forma, o que provea una declaración en su papel membrete que incluye la misma información, luego someta su reclamo junto con una copia de la certificación completada por su proveedor.

Cada vez que usted someta un reembolso para este servicio/producto, usted necesitará someter una copia de esta forma (o carta de su proveedor) junto con su forma de reclamo completada y su recibo para el servicio o producto. Esta forma (o carta) será válida para el producto o servicio indicado por un año desde la fecha expedida en la forma o carta. Al final de un año, una nueva forma o carta será requerida.

Nombre del Empleado

Nombre de la Compañía

SÓLO PROVEEDORES – Complete lo siguiente:

Nombre del paciente

Condición médica

Servicios/productos/tratamiento recomendado

Fechas de tratamiento proporcionado (MM/DD/YYYY)

Por favor describa cómo el producto/servicio/tratamiento afectará la condición médica:

Por favor certifique lo siguiente:

- Este tratamiento es médicamente necesario para tratar la condición médica descrita arriba.
- El tratamiento no es para salud general o cosméticos.

Firma

Fecha (MM/DD/YYYY)

Dirección

Número de Teléfono

Por favor certifique lo siguiente:

- Los servicios indicados arriba son médicamente necesarios (es decir, requeridos para la prevención o alivio de un defecto físico o mental o enfermedad).
- Tengo por entendido que debo someter una copia completada de esta forma de Certificación de Necesidad Médica o carta del proveedor conteniendo la misma información con cada reclamo de reembolso de este gasto.
- También entendió que esta forma o carta de mi proveedor es válida por un año desde la fecha expedida en la forma o carta, y después una nueva forma o carta será requerida.

Firma

Fecha (MM/DD/YYYY)