

## Certificación de necesidad médica del proveedor

Incluya esta carta de necesidad médica con su reclamo **para revisión.**  
**Se rechazarán los formularios incompletos**

Este formulario debe ser completado por el médico que lo atiende para confirmar que el tratamiento es médicamente necesario para una afección médica específica. Los artículos que tienen un propósito doble se definen como aquellos que generalmente se usan para fines médicos y un fin personal, cosmético o de salud general. Si se aprueba el reembolso de los servicios como elegibles a través de una Cuenta FSA de salud, se debe enviar una nueva certificación o carta con la primera solicitud para dicho artículo durante cada año del plan. Se le recuerda que no se reembolsarán a través de su cuenta FSA los conceptos específicamente identificados como gastos no elegibles por el IRS completando este formulario y solicitando cobertura para los mismos. (Ejemplo: multi-vitaminas)

---

**Ingrese la siguiente información (escriba en letra de imprenta con claridad).**

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Servicio/suplemento recomendado: \_\_\_\_\_

---

**1. Describa la afección diagnosticada que se está tratando:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Describa el plan de tratamiento recomendado e incluya la dosis y/o la frecuencia del servicio:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Indique la duración del tratamiento:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Certificación de necesidad médica del proveedor:** Firme a continuación para indicar que usted ha recomendado este tratamiento y que lo considera médicamente necesario a los fines del reembolso en virtud de la Cuenta de gastos flexibles (código 125 del IRS) y que este tratamiento no es para fines de salud general, para mejorar la apariencia o para servicios cosméticos.

Nombre del proveedor, en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de identificación impositiva: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta:** El primer reclamo presentado con esta solicitud debe incluir un reclamo firmado y fechado completado por el empleado junto con una copia de los gastos pagados por el participante.