

Certificación del Proveedor de Necesidad Médica

Por favor incluya esta carta de necesidad médica con su reclamo para revisión.

Los formularios incompletos serán rechazados por no ser llenados a cabalidad

Este formulario debe ser llenado por el médico para confirmar que el tratamiento es médicamente necesario para una condición médica específica. Los artículos de doble uso son definidos como aquellos que son generalmente conocidos por ser utilizado tanto para un propósito médico como personal, cosméticos o propósito general de la salud. Si los servicios son aprobados elegibles para el reembolso a través de la Cuenta de Salud de la FSA, una certificación nueva o carta debe ser enviada con la primera petición para dicho artículo durante cada año nuevo del plan. Por favor tenga en cuenta, al llenar este formulario y solicitar la cobertura para artículos específicamente identificado por el IRS como los gastos inelegibles no serán reembolsados de su cuenta de reembolso de la FSA. (Ejemplo: multi-vitaminas)

Proporcione la información siguiente (En letras de molde).

Nombre de la Empresa: _____

Nombre del Empleado: _____ Nombre del Paciente: _____

Servicio Recomendado/Suplemento:

1. Describa la condición diagnosticada bajo tratamiento:

2. Describa el plan de tratamiento recomendado para incluir dosis y/o la frecuencia de servicio:

3. Indique la Duración del tratamiento:

Certificación del Proveedor de Necesidad Médica: Por favor, firme a continuación para indicar que ha recomendado este tratamiento y que usted lo considera médicamente necesario para el propósito de reembolso bajo una Cuenta de Gastos Flexible (IRS código 125) y este tratamiento no es para el propósito general de salud, ni para mejorar la apariencia, ni para servicios cosméticos.

Nombre del Proveedor: _____ Teléfono: _____

Número de Identificación de Impuestos: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Human Resource Administrators, Inc.
1541 Alta Drive, Suite 306 Whitehall, PA 18052
www.HRAadministrators.com Fax: 610-774-9910

Por favor nota: El primer reclamo presentado con esta solicitud deberá incluir un formulario de reclamación firmado y fechado, llenado por el empleado junto con una copia de los gastos pagados por el participante.