

# CERTIFICADO DE NECESIDAD MÉDICA

Conforme a las reglas del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés), algunos servicios y productos para el cuidado de la salud de su Cuenta de gastos flexible (FSA por sus siglas in inglés), FSA limitada y el Acuerdo de reembolso médico (HRA por sus siglas en inglés) sólo son elegibles para reembolso cuando su médico certifique que son médicamente necesarios. Planned Benefit Systems, Inc. desarrolló esta Certificación de necesidad médica (CMN por sus siglas en inglés) para ayudarle a usted y a su proveedor de cuidado médico a proporcionar la información necesaria para procesar su reclamación. Su médico también puede presentar una declaración en sus hojas membretadas, en tanto la carta incluya toda la información incluida en este formulario. Al presentar esta CMN usted certifica que los gastos que está reclamando son el resultado directo de la condición médica descrita abajo y que no incurriría en los gastos que está reclamando si no se estuviera tratando esta condición médica. El papel de Planned Benefit Systems, Inc. es asegurar que se reciba la documentación apropiada para aprobar los reembolsos conforme al plan de su empleador.

**ESTE FORMULARIO SE RECHAZARÁ, SIN REVISIÓN, SI NO SE LLENA COMPLETAMENTE.**

**LA FIRMA DEL DOCTOR DEBERA SER FECHADA EN EL DIA DEL SERVICIO O DE LA COMPRA, O ANTES.**

**ESTA FORMA NO PUEDE SER USADA PARA REEMPLAZAR LA RECETA MÉDICA REQUERIDA PARA SU REEMBOLSO DE MEDICINAS SIN PRESCRICION MÉDICA Y FÁRMACOS.**

## INFORMACIÓN DEL PLAN

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ AÑO DEL PLAN \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Llene esta sección sobre el tenedor principal de la cuenta.

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE DÍA \_\_\_\_\_ CORREO-E<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> **Correo-e:** al proporcionar su dirección de correo-e usted acepta recibir la correspondencia del plan de beneficios para empleados electrónicamente. Planned Benefit Systems, Inc. no comparte, vende ni divulga información individual privada a ningún tercero. Toda la información individual privada, incluyendo su dirección de correo-e, se utiliza únicamente para administrar su(s) cuenta(s) de beneficios. Favor de agregar nuestra dirección de correo-e, [help@pbs.us.com](mailto:help@pbs.us.com), a su lista aprobada de remitentes para asegurar la entrega de toda correspondencia y notificaciones. Puede cambiar/borrar su dirección de correo-e si contacta al departamento servicio a cliente de PBS, Inc. o si visita nuestro sitio web en [www.pbs.us.com](http://www.pbs.us.com). Seleccione *Tax-Advantaged Plan Administration*, luego *Account Information* bajo la sección Participants. PBS, Inc. se reserva el derecho de utilizar una dirección de correo-e proporcionada a nosotros por un empleador.

**SU MÉDICO AUTORIZADO DEBERÁ LLENAR LAS SIGUIENTES DOS SECCIONES.**

## INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ APELLIDO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO RECOMENDADO: \_\_\_\_\_

\* Deberán detallarse los productos y procedimientos.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO: \_\_\_\_\_

\*Si la duración del tratamiento se extiende más allá del final del año del plan vigente, se requerirá e otro certificado de necesidad médica para el siguiente año del plan.

## CERTIFICACIÓN E INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Certifico que el tratamiento recomendado es médicamente necesario y no es únicamente para propósitos cosméticos ni buena salud en general.

FIRMA DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ NO. DE LICENCIA Y ESTADO \_\_\_\_\_