

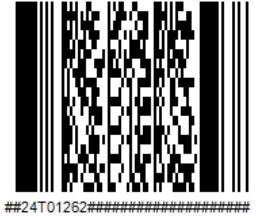
CARTA DE NECESIDAD MÉDICA

Para su Plan de Beneficios Flexibles

Plan: _____
Ejemplo "Plan de beneficios flexibles ABC Company 125" Si no está seguro acerca de su nombre de plan, comuníquese con su departamento de recursos humanos o beneficios.

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre _____ Cuatro últimos dígitos del NSS _____
Dirección de correo electrónico personal _____ Número de teléfono de día _____ Número de teléfono de noche _____



SECCIÓN 2. PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Explicación detallada de la condición médica diagnosticada que está siendo tratada:

Tratamiento recomendado: Producto específico y/o tratamiento que es recomendado y los beneficios esperados relacionados con su(s) condición(es) médica(s) mencionadas anteriormente.

Duración del tratamiento: *Tenga en cuenta que esta carta es válida sólo por el año del plan actual. Un tratamiento continuo requerirá una nueva carta por cada año del plan.

SECCIÓN 3. DIVULGACIÓN

Certifico que el tratamiento mencionado anteriormente es médicamente necesario para tratar una afección médica específica y que el tratamiento no es para afecciones de salud general o estéticas.

Firma del médico tratante _____ Fecha _____

Nombre del Médico/Domicilio/Número de teléfono o sello de proveedor medico