

# 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