

Formulario para documentar la necesidad médica

Este formulario se tiene que llenar cuando Usted está solicitando un reembolso de gastos de doble propósito. Basado en las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), los gastos de doble propósito son elegibles solamente si un proveedor de servicios médico los recomienda, ya que tienen un propósito tanto médico como personal, cosmético o sólo generalmente relacionado con la salud. Esto no incluye productos que Usted compre. Cualquier gasto que sea por un producto requerirá una nota firmada por un médico. Para ver una lista de gastos de doble propósito, por favor visite su cuenta en Internet.

Este formulario tiene que ser sometido una sola vez para cada diagnóstico médico y tratamiento recomendado o recetado que se especifique.

* = Campo obligatorio

Paso 1: Información del participante

* Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

* Número de seguro social

* Nombre del empleador (no abreviar)

Número de identificación del empleado

Paso 2: Información del reclamo

* ¿Está Ud. sometiendo este formulario para un reclamo previamente rechazado? Si Ud. no elige una opción, el formulario será procesado como "no."

Sí

No

En caso afirmativo, por favor provea el/los número(s) de reclamo para el cual está sometiendo este formulario. Si el número de reclamo no es proporcionado, esto resultará en que el formulario de necesidad medica se añada a su cuenta (si es aprobado), y reclamos rechazados no serán procesados de nuevo.

Número de reclamo

Número de reclamo

Número de reclamo

Paso 3: Información del proveedor médico que está recomendando el tratamiento

* Nombre del profesional médico

* Teléfono

* Nombre y tipo de consultorio

* Dirección

* Ciudad

* Estado

* Código postal

Paso 4: Información de necesidad médica

* Destinatario del tratamiento (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

* Diagnóstico médico o código del diagnóstico

Ejemplo: 724.2 (Lumbar Back Pain)

* Tratamiento

Ejemplo: Massage Therapy

Paso 5: Certificación del participante

Por la presente certifico que las solicitudes de reembolso que han sido sometidas son por gastos considerados elegibles bajo las regulaciones del IRS y son necesarios para la salud. También entiendo que Aptia, incluyendo sus agentes y empleados, no es responsable si solicito un reembolso por gastos no elegibles bajo las regulaciones del IRS.

* Firma del participante

* Fecha