

Su cuenta puede reembolsarle un gasto de atención médica elegible. Algunos servicios y productos pueden servir tanto para mantener un buen estado de salud general como para tratar una enfermedad. Para estos gastos, es posible que PayFlex le solicite una Carta de necesidad médica (Letter of Medical Necessity, LOMN). Con una LOMN, un proveedor de atención de salud confirma el diagnóstico específico, el tratamiento necesario determinado y por qué se necesita dicho tratamiento para tratar dicha enfermedad. Algunos ejemplos de servicios que requieren una LOMN son la terapia de masajes y el ejercicio.

Este formulario puede ayudarlo a enviar la información que necesitamos para procesar su reclamo. Su proveedor de atención de salud puede completar y firmar este formulario. O puede escribir la misma información en el membrete del proveedor de atención de salud.

Si tiene más de un reclamo por el mismo servicio o producto, únicamente deberá presentar la LOMN con el primer reclamo. Sin embargo, si el tratamiento continúa luego del periodo de tratamiento, debe presentar una nueva LOMN para el nuevo periodo de tratamiento. Si tiene una enfermedad crónica, deberá presentar una nueva LOMN cada doce meses, ya que es válida por un año luego de la fecha en que se emite. Esto se debe a que los planes de tratamiento pueden cambiar a lo largo del tiempo. **Nota:** La LOMN no garantiza que recibirá un reembolso por el gasto. Si no recibimos la LOMN, rechazaremos el reclamo.

**COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE**

**Sección A: Información del miembro/paciente (debe ser completada por el miembro)**

Nombre del paciente	
Nombre del miembro	Número de miembro (este puede ser su número de seguro social o un número asignado por el empleador)
Nombre del empleador	
Certifico que el gasto es para la enfermedad que se describe más abajo. Únicamente realizo el gasto para tratar dicha enfermedad. Si se destina a la membresía de un gimnasio, certifico que antes no era miembro de ningún gimnasio.	
Firma del miembro	Fecha

**Sección B: Recomendación de tratamiento (debe ser completada por el proveedor de atención de salud)**

Describa la enfermedad diagnosticada que será tratada o manifieste que se está proporcionando tratamiento para una enfermedad.	Código(s) de diagnóstico
Tratamiento recomendado (Incluya cualquier servicio, tratamiento o producto que se emplea para tratar la enfermedad. Si se usa más de uno, enumere todos los que se relacionen con este reclamo).	Código(s) del tratamiento del proveedor de atención (Care Provider Treatment, CPT)
Fecha de inicio del tratamiento	Fecha de finalización del tratamiento (si es menos de 1 año luego de la fecha de inicio)
Nombre del proveedor	
Dirección del proveedor	
Certifico que este servicio o producto es médicamente necesario. Tiene como fin tratar la enfermedad específica que se describe más arriba. No se usa para mantener un buen estado de salud general o con fines estéticos. Si el tratamiento es un alimento o una forma de alimento o bebida, certifico que el tratamiento <b>no</b> es un producto de dieta general y <b>no</b> satisface las necesidades nutricionales normales.	
Firma del proveedor	Fecha

Nota: El papel de PayFlex es asegurar la documentación adecuada para el reembolso dentro del plan. Solo revisaremos esta carta de necesidad médica para verificar que esté completa y para determinar si el tratamiento cumple con las pautas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).