

Según las normas del Servicio de Impuestos Interno (IRS), algunos productos y servicios de Healthcare (cuidados médicos) sólo pueden ser reembolsables de su Cuenta flexible de ahorros para gastos médicos si su médico u otro profesional del cuidado de la salud licenciado certifica que dichos gastos son necesarios por razones médicas. El profesional debe indicar su diagnóstico específico, el tratamiento específico que se requiere y la manera en que dicho tratamiento aliviará su enfermedad.

myCafeteriaPlan ha creado esta carta para asesorarlo tanto a usted como a su prestador de atención médica en la presentación de la información que necesitamos para procesar su reclamo. Su prestador también puede presentar una declaración en su hoja membretada, siempre que incluya en dicha hoja toda la información de este formulario.

Al presentar esta carta usted certifica que los gastos que reclama resultan directamente de la enfermedad descrita a continuación, y que de no estar tratando esta enfermedad usted no incurriría en los gastos que reclama. Si usted reclama la membresía a un club de la salud, usted certifica que no es ya miembro de uno.

Usted debe presentar este formulario o la carta de su prestador con la misma información, solamente con la presentación del primer reclamo del servicio o producto que se le recomienda. Esto permanecerá en efecto durante el período de tiempo que indique su prestador, pero no excederá el término de un (1) año. Si el tratamiento continuase luego del período de tiempo indicado, se requerirá otra carta.

**A COMPLETAR POR EL PARTICIPANTE**

Nombre del Empleado

Nro. de Seguridad Social (SSN)

Nombre del Paciente

Dirección de E-mail

Nombre del Empleador

Nro. de Teléfono durante el Día

**A COMPLETAR POR SU PRESTADOR**

Producto o servicio recomendado

Duración del Tratamiento

Diagnóstico

Código de Terminología de Procedimientos Actuales (CPT)

Describa el tratamiento recomendado y la manera en que aliviará el diagnóstico o los síntomas de la enfermedad mencionada arriba.

---



---



---



---

Firma del Prestador

Fecha

Nro. de Matrícula del Prestador y Estado

Nombre del Prestador - en imprenta

Nro. de Teléfono del Prestador

**Enviar por correo a:** myCafeteriaPlan, 432 East Pearl St., Miamisburg, OH 45342  
**Enviar por Fax al:** 937.865.6502