



# AMERICAN BENEFITS GROUP

## CERTIFICACIÓN DE FORMA NECESIDAD MÉDICA

Por favor, introduzca su información de abajo y que su médico complete la sección inferior de esta forma con el fin de certificar la necesidad médica del producto o servicio que está reclamando.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del participant: \_\_\_\_\_

Empleador del Participante: \_\_\_\_\_

Del Participante Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Médico Por favor complete esta sección

Descripción de la condición médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción del tratamiento recomendado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La duración recomendada del tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifico que es médicamente necesario para tratar la condición médica específica del paciente indicado anteriormente el producto o servicio que he recomendado y no es únicamente para la salud general del paciente o con fines cosméticos:

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Impreso Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Fax: 877-723-0147 Email [claims@amben.com](mailto:claims@amben.com)

(No Fax? Mail a: American Benefits Group, PO Box 1209, Northampton, MA 01061-1209)