



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

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