Capital

Capital Blue Cross es un Licenciatario Independiente de la Asociación Blue Cross Blue Shield

CARTA DE NECESIDAD MÉDICA (LETTER OF MEDICAL NECESSITY, LOMN)

Conforme a las normas del Servicio de Rentas Internas, algunos servicios y productos de atención médica solo son elegibles para un reembolso de su cuenta de gastos cuando su médico o un proveedor de atención médica con licencia certifica que son médicamente necesarios. Utilice esta carta para proporcionar la información necesaria para procesar su reclamo. Su proveedor debe indicar el diagnóstico del paciente, el tratamiento recomendado necesario y cómo este tratamiento aliviará la condición médica. Asegúrese de enviar esta LOMN junto con su formulario de reembolso médico completo.

Al enviar esta LOMN, usted certifica que los gastos que está reclamando son un resultado directo de la condición médica que se describe más abajo, y que usted no incurriría en los gastos que está reclamando si no se estuviera tratando esta condición médica. **Presentar este formulario no garantiza que se reembolsará el gasto.**

Debe presentar esta LOMN junto con el primer reclamo que envíe por el servicio o producto. Si el tratamiento se extiende más allá del período de tiempo que se indica abajo, debe presentar una nueva LOMN por el período extendido. **Los tratamientos que se considere que son únicamente para su bienestar general o que sean artículos de cuidado personal no son reembolsables conforme el código IRC Sección 213(d). Para ver una lista más completa, visite nuestro sitio web en capbluecross.com/funds**

Sección A – Información del titular de la cuenta (Escribir en letra de molde)

Identificación de la cuenta de gastos o No. de Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____/_____/_____

Apellido: _____ **Primer nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre** _____

Dirección: _____

Ciudad:_____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono principal: _____ **Dirección de correo electrónico:** _____

Sección B – Diagnóstico/Tratamiento (Escribir en letra de molde)

Nombre del paciente: _____

Diagnóstico: _____ **Código del diagnóstico:** _____

Tratamiento recomendado – Debe ser específico y legible:

- Enumere el producto, los suplementos y/o procedimientos específicos:
- Especifique de qué manera el tratamiento recomendado aliviará la condición diagnosticada:

_____

_____

_____

Período de tiempo del tratamiento – Debe ser específico: _____/_____/_____ **to** _____/_____/_____

Sección C – Información del proveedor (Escribir en letra de molde)

Nombre del proveedor tratante: _____

No. de licencia y estado donde fue emitida: _____

Dirección del proveedor: _____

Número de teléfono del proveedor: _____

Certifico que este tratamiento es médicamente necesario para tratar la condición médica diagnosticada que se indicó antes.

Firma del proveedor: _____ **Fecha:** _____

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para afiliados al 877.293.7041.

Enviar únicamente por correo electrónico protegido:	Enviar por fax a:	Enviar por correo postal a:
capitalbluecross.documents@hellofurther.com	866.231.0214	P.O. Box 64193 Box 64193, St. Paul, MN 55164-0193