



**Plan de Salud Menonita, Inc.
Formulario Certificación Cubierta Especial**

El beneficio de cubierta especial está diseñado para brindar servicios a los beneficiarios con necesidades especiales de atención médica causadas por enfermedades graves. Para registrar a los beneficiarios en los beneficios de Cubierta Especial, complete y envíe este formulario y toda la información requerida que se encuentra en el Anejo de Condición Especial para cada condición y enviarlo al Fax 787-332-0923. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, contáctenos al 1-855-297-0140.

Información del Beneficiario y Proveedor	
Nombre del beneficiario:	Número de Identificación del Beneficiario:
Fecha de nacimiento del Beneficiario:	Teléfono del Beneficiario:
Nombre del Proveedor:	Teléfono del Proveedor:
Número de NPI del Proveedor:	Fax del Proveedor:
Grupo Médico Primario:	NPI del Grupo Médico Primario:
ICD-10	
Historial Médico	
Firma del Proveedor:	Fecha: