

Declaración del médico a cargo

Utilice este formulario para proporcionarnos la información que necesitamos de usted y de su médico para procesar su reclamo de beneficios por incapacidad.

Metropolitan Life Insurance Company

Cosas que debe saber antes de comenzar

- Debe completar y firmar la Sección 1 de este formulario antes de entregárselo a su médico. Si el formulario se envía directamente a su médico, puede pedirle que complete la Sección 1 por usted. Su médico **DEBE** completar la Sección 2.
- Presentar un formulario incompleto puede retrasar el procesamiento de su reclamo.
- Algunos médicos pueden cobrar por completar este formulario. Cualquier cargo de este tipo es su responsabilidad.
- **New York:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento, que es un delito, y estará sujeta a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación para cada infracción.



Escriba el número de reclamo en cualquier documento adicional que envíe.

SECCIÓN 1: Información del reclamo (debe completarla la persona que presenta el reclamo o el médico, si lo recibe directamente).

Primer nombre del reclamante	Segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Nombre del cliente	Ocupación
Nombre del medico	Apellido	
Número de teléfono del médico	Número de reclamo	

Autorización para que el médico divulgue mi información médica

Autorizo a mi médico a revelar a MetLife Disability cualquier información recopilada en el transcurso de mi examen o tratamiento como paciente.

**Firme
aquí**

Firma del reclamante

Fecha (mm/dd/aaaa)

Información OBLIGATORIA en caso de que se separen las páginas del formulario:

Primer nombre del reclamante	Segundo nombre	Apellido	Número de reclamo
------------------------------	----------------	----------	-------------------

SECCIÓN 2: Información sobre la salud de su paciente (debe completarla el médico que proporciona el tratamiento para la condición de incapacidad).

- Por favor, proporcione toda la información solicitada sobre su paciente. La información que brinde se utilizará para tomar una decisión sobre el reclamo de beneficios por incapacidad de su paciente.
- **Después de completar este formulario, envíelo con las notas de la consulta y los resultados de cualquier prueba de diagnóstico relacionada con la condición de su paciente (p. ej., radiografías, análisis de laboratorio, electrocardiogramas [EKG] o resonancias magnéticas [MRI]).** Consulte la Sección 4 más abajo para ver las instrucciones para presentar este formulario completo y todos los documentos de respaldo ante MetLife Disability.

Antecedentes de la condición de su paciente

Fecha de inicio del tratamiento para esta condición
(mm/dd/aaaa)

Fecha de tratamiento más reciente
(mm/dd/aaaa)

¿Cuál es la causa de los síntomas de su paciente? (marque una opción)

Lesión

Enfermedad

Embarazo (tipo de parto, **marque una de las siguientes opciones**)

Cesárea

Parto natural

Aún no se produjo el parto: Fecha de parto prevista

(mm/dd/aaaa)

Enumere a todos los médicos o especialistas a los que remitió a su paciente:

Primer nombre	Apellido	Especialidad	Número de teléfono

¿La condición de su paciente está relacionada al trabajo? Sí No

¿Recomienda que su paciente deje de trabajar? Sí, a partir del (mm/dd/aaaa) No

¿Su paciente fue hospitalizado por esta condición? Sí, a partir del (mm/dd/aaaa) No

Nombre del centro de salud

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Acerca del diagnóstico y tratamiento de su paciente

Código del diagnóstico principal	Descripción
----------------------------------	-------------

Código del diagnóstico secundario	Descripción
-----------------------------------	-------------

Información OBLIGATORIA en caso de que se separen las páginas del formulario:

Primer nombre del reclamante	Segundo nombre	Apellido	Número de reclamo
------------------------------	----------------	----------	-------------------

Enumere los síntomas que su paciente le informó a usted.

Enumere los resultados e informes clínicos (*incluya copias de los resultados cuando nos devuelva este formulario*).

Describa el plan de tratamiento que recomienda para su paciente.

Si se realizó una cirugía o prevé que se realizará una, proporcione la siguiente información:

Código de procedimiento CPT-4	Descripción	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------------------------------	-------------	--------------------

Enumere todos los medicamentos recetados:

Nombre de los medicamentos	Dosis

Acerca de las restricciones y limitaciones de su paciente

Mano hábil de su paciente (marque una opción): Derecha Izquierda

Cantidad de horas de la jornada laboral en las que su paciente puede realizar las siguientes acciones:

	Horas (0 a 8)	Continuadas	Intermitentes	Con recesos frecuentes	Duración
Estar sentado					
Estar de pie					
Caminar					
Escalar					
Girar/inclinarse/ agacharse					
Alcanzar algo sobre el nivel del hombro					
Alcanzar algo hacia adelante o los lados al nivel del escritorio					
Realizar movimientos finos con los dedos					
Realizar movimientos de coordinación ojo-mano					

Primer nombre del reclamante	Segundo nombre	Apellido	Número de reclamo
------------------------------	----------------	----------	-------------------

	Horas (o a 8)	Continuadas	Intermitentes	Con recesos frecuentes	Duración
Hasta 10 lb					
De 11 a 20 lb					
De 21 a 50 lb					
De 51 a 100 lb					
Más de 100 lb					

	Horas (o a 8)	Continuadas	Intermitentes	Con recesos frecuentes	Duración
Hasta 10 lb					
De 11 a 20 lb					
De 21 a 50 lb					
De 51 a 100 lb					
Más de 100 lb					

Agregue cualquier comentario médico adicional.

Enumere las restricciones para realizar el trabajo o actividad *(sea lo más específico posible)*.

Información OBLIGATORIA en caso de que se separen las páginas del formulario:

Primer nombre del reclamante	Segundo nombre	Apellido	Número de reclamo
------------------------------	----------------	----------	-------------------

Si necesitamos más información, ¿a quién debemos contactar en su consultorio para que nos la provea?
(proporcione el nombre y el número de teléfono/extensión).

SECCIÓN 3: Firma e información del médico

Primer nombre		Apellido	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Título profesional o especialidad	Número de teléfono del consultorio	Número de fax del consultorio	Identificación tributaria

**Firme
aquí**

Firma del médico

Fecha (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 4: Cómo presentar este formulario

Luego de agregar el número de reclamo en la parte superior de cada página, envíe todas las páginas de este formulario y los documentos de respaldo a MetLife Disability con los siguientes datos:

Correo:

MetLife Disability
PO Box 14590
Lexington KY 40512-4590

Fax:

1-800-230-9531

Advertencias de Fraude

Antes de firmar este formulario de reclamación, lea la advertencia correspondiente al estado en el que reside y al estado donde se emitió la póliza de seguro bajo el cual usted está reclamando un beneficio.

Alabama, Arkansas, District of Columbia, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, New Mexico, Ohio, Rhode Island y West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión.

Alaska: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesado de acuerdo a la ley estatal.

Arizona: Para protegerlo, la ley de Arizona establece que la siguiente declaración debe aparecer en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir un pago por una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California: Para protegerlo, la ley de California establece que la siguiente declaración debe aparecer en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al asegurado o demandante con respecto a un acuerdo o laudo pagadero de los ingresos del seguro se informará a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras en la medida en que lo exija la ley aplicable.

Delaware: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Idaho, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a una aseguradora, haga una reclamación por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier hecho material comete un acto fraudulento, el cual es un delito.

Maine, Tennessee y Washington: Es delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o una denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Cualquier persona que a sabiendas o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a procesamiento y castigo por fraude al seguro según lo dispuesto en RSA 638:20.

New Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Oregon: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa puede ser declarada culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones de acuerdo a la ley estatal.

Pennsylvania y todos los demás estados: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier hecho material comete un fraude al seguro, el cual es un delito y somete a tal persona a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de estafar incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude a presentar o cause la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo para el mismo daño o pérdida, comete un delito grave y, si se la declara culpable, deberá ser sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), con una condena de prisión de término fijo de tres (3) años, o ambas penas. Si existieran circunstancias agravantes, la pena de prisión establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años. Si existieran circunstancias atenuantes, la pena de prisión puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Texas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión estatal.

Vermont: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación falsa puede ser declarada culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones de acuerdo a la ley estatal.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber actuado en violación a la ley estatal.