



MetLife
 Attn: Expatriate Benefits
 600 King Street
 Wilmington DE, 19801 USA
 Toll Free (Within U.S.): 1-800-451-1847
 Direct: +1-302-661-8674
 Fax: +1-302-427-0817
 Email: wilmclaims.metlifeexpat@alico.com
 www.metlifeexpat.com

FORMULARIO INTERNACIONAL DE RECLAMACIÓN

Para servicios prestados fuera de los Estados Unidos a empleados que residen fuera de los Estados Unidos
 Servicios médicos, dentales y de la vista

Envíe este formulario debidamente completado por correo o fax a la dirección o número de fax indicados en el encabezado, junto con facturas y recibos detallados. Adhiera recibos pequeños con cinta sobre una hoja de 8.5 X 11 pulgadas o ISO A4. No engrape los recibos al formulario de reclamación. Si ya se ha suscrito a EFT (Transferencia electrónica de fondos) le enviaremos los pagos automáticamente por transferencia telegráfica, a menos que se nos indique otra preferencia en este formulario y siempre que se cumplan determinados criterios. * Para inscribirse a transferencia electrónica de fondos visite nuestro sitio web en: www.metlifeexpat.com

ESCRIBA TODOS LOS DATOS CLARAMENTE CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre del Empleado:

Parte A Nombre del Empleador:

Nombre	2º. nombre	Apellido	Nombre	Número de la póliza colectivo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección postal:			Email	<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código postal:	País:	Fecha de nacimiento:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es esta una nueva dirección permanente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Situación del empleado: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Fallecido	

Nombre del paciente:

Parte B

Sexo del Paciente

Relación con el empleado:

Nombre	2º. nombre	Apellido	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro
¿Tiene su familia alguna otra forma de cobertura médica o dental? (En caso afirmativo, proporcione detalles a fin de poder coordinar los beneficios)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detalles <input type="text"/>	

Parte C

Diagnóstico o síntoma principal:	<input type="text"/>
Esta afección, ¿se debe a una lesión relacionada con el empleo del paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Parte D

Pagos al empleado: Indique dónde desea que se envíe el pago.	AUTORIZACIÓN PARA PAGAR AL PROVEEDOR (Depende de la aceptación por parte del proveedor)	
<input type="checkbox"/> Cheque (a la dirección indicada en Parte A)	<input type="checkbox"/> Pago directamente al proveedor (firme a continuación)	
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica (*Si no se ha suscrito, consulte el recuadro del encabezado)	Moneda preferida <input type="text"/>	<input type="text"/>
(Si no se especifica moneda, el pago se hará en dólares de EE.UU.)		Firma del empleado <input type="text"/>
		Fecha <input type="text"/>

Parte E

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN

Autorizo al Administrador del Plan y a los agentes que fueran necesarios para procesar la reclamación, a obtener cualquier información médica relacionada con esta reclamación y que la misma se divulgue a ellos. Dicha información podrá ser divulgada por un proveedor de atención médica u otro administrador del plan y se usará con el fin de gestionar y evaluar la reclamación, para realizar análisis de utilización y para auditorías financieras. Esta autorización permanecerá válida y vigente desde la fecha de firma hasta que sea revocada por escrito, o por el término de cobertura de la póliza indicada anteriormente, excepto que el administrador podrá conservarla si así lo exige la ley. Esta autorización se extiende a toda transferencia de información médica a los Estados Unidos desde fuera de los Estados Unidos, incluso desde el Área Económica Europea, con el fin de procesar reclamaciones y gestionar mis beneficios del seguro.

Por la presente certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que puedo solicitar y que se me proporcionará una copia de esta autorización. También entiendo que una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha	Firma del paciente (del padre o tutor en caso de hijo menor de edad)	Firma del empleado

DECLARACIÓN DEL MÉDICO QUE ATIENDE AL PACIENTE

Sí no hubiera factura detallada, pida al médico que complete este formulario y adjunte un recibo.

PARTE A

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre del empleado, si el paciente es un familiar dependiente:	

PARTE B

Diagnóstico o afecciones actuales: (Si fue accidente, proporcione una descripción)	¿Es un caso de accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esta afección, ¿se debe a una lesión relacionada con el empleo del paciente? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
¿Esta afección se debe a embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha aproximada del último período menstrual	

INFORME DE ATENCIONES (O bien adjunte factura detallada. Si había presentado un formulario anterior para este caso, muestre sólo las atenciones desde el último informe y sus fechas).

Fecha de la atención	Lugar donde fue atendido**	Descripción de la atención médica o intervención quirúrgica (Si hubo hospitalización, nombrar el hospital)	Código del procedimiento, si se usa (si se usa un código distinto al CPT-4, identifíquelo)	Cargos
			Total cargos:	
			Monto Pagado:	
			Saldo deudor:	

** ICD-9-CM: Clasificación internacional de enfermedades, 9ª Rev., modificación clínica

Lugar de la atención (Usar código numérico)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------|---|
| 1. Consultorio del médico | 4. Hospital, ambulatoria | 7. Centro de cirugía |
| 2. Casa del paciente | 5. Hogar de convalecencia | 8. Centro de rehabilitación para adictos al alcohol o a sustancias químicas |
| 3. Hospital, internación | 6. Atención médica en el hogar | 9. Otro, breve descripción |

CERTIFICO QUE LAS ATENCIONES MENCIONADAS SE HAN REALIZADO Y QUE LOS HONORARIOS COBRADOS NO SUPERAN LOS QUE SE COBRAN A PACIENTES PRIVADOS Y PACIENTES SIN SEGURO.

Nombre del médico (use letra de imprenta)	Firma del médico	Título	No. de teléfono	Fecha
---	------------------	--------	-----------------	-------

Dirección	Ciudad o población	Estado o provincia	Código postal
-----------	--------------------	--------------------	---------------

PARA MÉDICOS DE EE.UU. ÚNICAMENTE

No. de contribuyente (I.R.S.) del médico:	¿Acepta la asignación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN

Para presentar una reclamación, siga las instrucciones siguientes:

Parte A: Datos del empleado: Esta sección debe completarse total y claramente a fin de establecer positivamente su derecho a reembolso. Esto nos permite tener información correcta y actual para enviarle correctamente su cheque de beneficios u otra información.

Parte B: Responda detalladamente a esta sección si la reclamación es para un familiar dependiente. Si corresponde, responda a la última pregunta de esta sección tanto en reclamaciones del empleado como en las de dependientes.

Parte C: Si las leyes sobre confidencialidad le impiden al médico que mencione el diagnóstico en su factura o si ésta está escrita en un idioma que no sea el inglés, incluya en esta sección el motivo (síntoma principal) para el tratamiento o el diagnóstico.

Parte E: El paciente debe firmar esta sección. (Si el paciente es un hijo menor de edad, el empleado debe firmar el formulario). Esta es su certificación de que la información es fiel y correcta a su mejor saber y entender.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO QUE ATIENDE AL PACIENTE

Para su conveniencia al presentar su reclamación, este formulario incluye una declaración del médico. Si usted tiene facturas o recibos de pago detallados de su médico, no es necesario que éste complete la declaración. Para ser considerados válidos, sus recibos deben incluir la siguiente información:

1. Nombre del paciente
2. Fecha de cada atención
3. Atención prestada
4. Monto cobrado por cada atención
5. Firma del proveedor o de su representante
6. Nombre y dirección del proveedor
7. Diagnóstico (si las leyes de confidencialidad no permiten que el prov mencione el diagnóstico indique los síntomas o su queja principal en la Parte C del formulario de reclamación)
8. Las facturas de medicamentos deben incluir el nombre del medicamento

MetLife
Attn: Expatriate Benefits
600 King Street
Wilmington, Delaware 19801 U.S.A.
Fax: +1 302-427-0817
Tel: +1 302-661-8674
wilmclaims.metlifeexpat@alico.com