



Evite el Retraso de Sus Beneficios

SEA RESPONSABLE DE SU FORMULARIO MÉDICO

Sabia Usted?

El formulario médico adjunto se **requiere** para determinar su elegibilidad para recibir beneficios o para obtener semanas adicionales de certificación médica en su reclamo actual.

Es su responsabilidad:

1. Proporcionar el formulario de certificación médica al Proveedor Calificado de Salud (QHP - médico) para ser llenado.
2. Envíe por correo o fax el formulario de certificación médica a:

TDI/TCI
PO Box 20100, Cranston, RI, 02920-0941
Fax: (401) 462-8466

Si no completa TODAS las preguntas o envía todo el material requerido, se retrasará el procesamiento de su reclamo TDI / TCI.



Cualquier reclamación falsa o cualquier información proporcionada que sea falsa, está sujeta a sanciones por la ley

No se olvide!

Éste formulario debe ser completado por su **Proveedor Calificado de Salud QHP**. No puede ser completado por usted.

- ✓ Dependiendo de qué tan rápido se reciban los documentos requeridos, puede tomar entre 2 y 4 semanas para determinar la elegibilidad para un nuevo reclamo y entre 1 y 2 semanas para un reclamo existente.
- ✓ Si más de un médico lo está tratando, haga copias del formulario y entréguelo a cada médico que certifique su incapacidad para trabajar.
- ✓ Una pronta respuesta asegurará que su reclamación se maneje de manera oportuna.
- ✓ Si solicita a TDI (enfermedad / lesión / cirugía), **la ley exige** que realice un exámen en la oficina médica, la semana de su reclamo, la semana anterior o la semana después de la fecha de incapacidad indicada por su QHP.
- ✓ **El recibo del formulario completado no garantiza el pago, ya que debe ser revisado y aprobado.** Si se requiere documentación adicional para la certificación, se solicitará directamente del QHP. Esto puede resultar en un tiempo de procesamiento adicional para el reclamo.
- ✓ Usted es responsable de los costos que su médico pueda cobrar por copiar récords médicos o completar formularios médicos.
- ✓ **Si tiene preguntas sobre TDI/TCI:**
 - Visite www.dlt.ri.gov/tdi online;
 - Llame al servicio al cliente al (401) 462-8420; o
 - Email DLT.TDI@dlt.ri.gov.

**Esta es una muestra de una forma médica.
Se enviará un formulario similar a USTED por su proveedor de cuidado de la salud.
NO PUEDE USAR ESTE FORMULARIO**

El formulario de autorización médica se le enviará por correo. Es SU responsabilidad hacer que su proveedor de atención médica la complete.

TDI-3 (Rev. 1-20-16) RHODE ISLAND DEPARTMENT OF LABOR AND TRAINING

TEMPORARY DISABILITY INSURANCE DIVISION
PO BOX 20100 CRANSTON, RHODE ISLAND 02920
Tel.# : 401-462-8420 FAX # (401) 462-8466 TTY Via RI Relay 711

STATEMENT OF QUALIFIED HEALTHCARE PROVIDER (QHP)- Physician
Provide this form to the QHP that is treating you and make copies if needed for other QHP's treating you.
Mail or fax to TDI within ten working days of: 1/20/2016 QHP Code: _____

Claimant's Name: _____ Staff Initials: _____
 Claimant's Address: _____ Claimant's S.S.#: XXX-XX-____ DOB: _____
 Claimant's Address: _____ Print QHP's Name: _____
 QHP's Address: _____
 QHP's Address: _____

Please provide this form to the Qualified Healthcare Provider that is treating you to complete the sections below.
 If the above claimant is able to perform their regular and customary work while being treated for the current illness/injury and he/she does not have a job to return to, please indicate a recovery date. He/She may be eligible for Unemployment Insurance.

- Diagnosis (not symptoms): _____ ICD10-CM Code _____ (Required)
- Cause of illness/injury: Work related Illness Pregnancy Accident Other _____
- If illness is work related, please indicate the name of the insurance carrier being billed: _____
- Any Complications slowing recovery: _____
- Provide date closest to _____ that patient was examined for this illness/injury: ____/____/____
- Date of most recent examination date: ____/____/____
- Was patient hospitalized for this illness/injury? yes no
Hospital name: _____ Date Discharged: ____/____/____
- Did patient have surgery? yes no
If yes, what type of surgery: _____ Date of surgery: ____/____/____
- If Pregnancy, expected delivery date: ____/____/____ Actual delivery date: ____/____/____
Type of delivery: Vaginal C-section
Any pregnancy complications? Please check one: Pre Partum or Post Partum or No Complications
The complication: _____
- Is patient able to return to work or delivery? Full time work Part time work No work
- Based on the information provided and your medical opinion that, the above mentioned patient will be:
FROM THE CLAIM'S EFFECTIVE DATE: _____ PATIENT IS UNABLE TO WORK FOR: _____ (WEEKS)
- Is patient able to return to primary work on a full time basis? yes no
____/____/____
- Is patient able to return to less than his/her normal hour of work? yes no
If yes, as of what date and for how many hours per day & week? Date: ____/____/____ Hours per day: _____ Hours per week: _____
For how many weeks was patient able to work less than his/her normal hours? _____ Weeks

Having considered the patient's regular and customary work, I certify that, based on my examination, this medical certificate accurately describes the patient's illness/injury and the period of time (if any) the patient is unable to work. I certify under penalty of perjury the above statements are true and any false statements or failure to disclose facts, with intent to defraud the TDI program, I shall upon conviction be punished to the full extent allowed by law including fine and or imprisonment.

I further certify that I am a _____ License # _____
 (Type of Qualified Healthcare Provider (QHP)) (Specialty)

QHP's Name: _____ Phone #: _____ Fax #: _____