

# AUTORIZACIÓN DE COBERTURA

## BUPA ECUADOR S.A.



Fecha

DD / MM / AA

Proveedor

### 1. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Número de póliza

Categoría Póliza

Número de Identificación

Plan

Nombre del Paciente

Sexo

Fecha de Nacimiento

DD / MM / AA

### 2. DETALLES DE LA AUTORIZACIÓN

Diagnósticos

Fecha de Servicio

Días de Estancia

Tipo de Servicio

Deducible Pendiente

Coaseguro %

Habitación y Alimentación máximo por día (USD)

Información Adicional

### 3. TERMINOS Y CONDICIONES

**El deducible deberá ser restado del monto total de la factura emitida por el proveedor médico y sobre la diferencia, se calculará el porcentaje de coaseguro que corresponda según la tabla de coberturas de la póliza contratada. Tanto el deducible como el coaseguro son responsabilidad del asegurado y por lo tanto, deberán ser deducidos de la factura que el prestador médico emita a nombre de Bupa Ecuador S.A.**

**Todos los montos detallados en el presente documento están denominados en dólares estadounidenses.**

**El periodo de validez de este documento es de 15 días para su utilización; siempre y cuando la póliza del Asegurado estuviese vigente al momento de la prestación del servicio antes descrito.**

**BUPA ECUADOR S.A.**, se compromete a pagar los gastos incurridos por el Asegurado, dentro de lo usual, razonable y acostumbrado para la región en la que se presta el servicio, con excepción del deducible y coaseguro (si aplica), y de los gastos personales, así como todo lo excluido según condiciones de la póliza.

**POR FAVOR EMITIR FACTURA A NOMBRE DE:**

- Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros
- RUC 1791782402001

**ENVIAR FACTURA Y DOCUMENTOS DIGITALMENTE AL MAIL:**

recepcionfacturas@bupalatinamerica.com.

El presente documento otorga cobertura únicamente para la(s) condiciones y/o procedimientos arriba descritos y se basa en la información médica facilitada a Bupa Ecuador S.A., a la fecha.

En el caso de que alguna información médica contradictoria nos sea suministrada o existan causales de negativa al pago según las estipulaciones del contrato de seguros, todos los reclamos relacionados a la(s) condición(es) antes descritas deberán estar sujetas a una revisión retroactiva, en cuyo momento, un deducible adicional o una negación parcial o total del o los reclamos podrá ser aplicada por parte de Bupa Ecuador S.A.

EL PROVEEDOR ANTES NOMBRADO ES RESPONSABLE DE REVISAR LOS BENEFICIOS Y COBERTURAS DISPONIBLES PARA EL ASEGURADO, DETALLADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, LO CUAL INCLUYE LA REVISIÓN DE LAS LIMITACIONES Y/O EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA DEL ASEGURADO, ANTES DE: 1) PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS SOLICITADOS POR EL ASEGURADO; O, 2) ACEPTAR CUALQUIER PAGO, PARCIAL O COMPLETO, DE BUPA, YA QUE AL PRESTAR SERVICIOS MÉDICOS O ACEPTAR PAGO, Y/O CONTINUAR HACIENDO NEGOCIOS CON BUPA, TODA LAS OBLIGACIONES BAJO ESTA CARTA SE CONSIDERARÁN ACEPTADAS, POR TANTO, EL PROVEEDOR DECLARA QUE NO TENDRÁ NADA QUE RECLAMAR A BUPA NI EN EL PRESENTE NI EN EL FUTURO, YA QUE CONOCE QUE ÉL EN SU CALIDAD DE PROVEEDOR, ES EL ÚNICO RESPONSABLE DE REVISAR LAS COBERTURAS Y LIMITACIONES DETALLADAS EN LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DE COBERTURA EMITIDA POR BUPA, CASO CONTRARIO, EL PROVEEDOR DEBERÁ ASUMIR LOS GASTOS NO AUTORIZADOS POR BUPA.

**AVISO LEGAL:** Este documento contiene INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADA, dirigida solo para el uso del o los destinatarios nombrados en la primera página. Si usted no es el destinatario de este documento o un empleado o agente responsable para entregarlo al destinatario, usted queda notificado que cualquier divulgación o copia de este documento está prohibida. La información contenida en este documento está sujeta a la normativa de Protección de Datos Personales, razón por la cual, el proveedor médico se compromete a acatar dicha ley respecto de los datos personales aquí detallados. Si usted ha recibido este documento por error, por favor notifique a quien lo envió al teléfono (593-2) 401 8945.

**Bupa Ecuador S.A.**

Av. República de El Salvador, N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 4 C.P. 11000, Quito, Ecuador  
T (593-2) 401 8945 / [www.bupalud.com](http://www.bupalud.com) / [sacecuador@bupalatinamerica.com](mailto:sacecuador@bupalatinamerica.com)