Formulario de Reclamación

Best Doctors® INSURANCE

A member of **Now Health International**

Por favor asegúrese de:

- Completar un formulario por evento, por miembro familiar que solicita un reembolso.
- Enviar y completar este formulario en su totalidad junto con la información correspondiente dentro de 180 días desde la fecha de servicio.
- Enviar las facturas originales detallando todos los servicios recibidos así como los recibos de pagos por los gastos incurridos.
- Para reclamos por servicios dentro de los EEUU se debe enviar el formulario para solicitar información médica directamente al proveedor.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NÚMERO DE PÓLIZA

DETALLES DEL DIAGNÓSTICO / ACCIDENTE

Este formulario será válido como Reporte Médico si incluye la información médica completa y es firmado y sellado por el médico tratante.
Si se requiere de espacio adicional, por favor envíe un Reporte Médico completo.

DIAGNÓSTICO O TIPO DE ACCIDENTE
(EN CASO DE ACCIDENTE, INCLUIR EL REPORTE POLICIAL)

FECHA DEL PRIMER SÍNTOMA O ACCIDENTE(MM/DD/AAAA)

HA TENIDO SÍNTOMAS SIMILARES CON ANTERIORIDAD?

☐ SI ☐ NO

FECHA (MM/DD/AAAA)

TRATAMIENTO RECIBIDO E INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN, POR FAVOR PROVEA EL NOMBRE DEL HOSPITAL

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

TELÉFONO DEL PROVEEDOR

DATOS SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS

FECHAS DE SERVICIOS				
DE	HASTA	DETALLES SOBRE TRATAMIENTOS, ASISTENCIA PRESTADA E INSUMOS MÉDICOS	MONEDA	IMPORTE
		IMPORTE TOTAL		
		IMPORTE PAGADO POR EL ASEGURADO		

DATOS SOBRE MEDICINA PRESCRITA

NOMBRE DE LA MEDICINA PRESCRITA	DIAGNÓSTICO	FECHA	NOMBRE DEL MÉDICO	MONEDA	IMPORTE
			IMPORTE TOTAL		
			IMPORTE PAGADO POR EL ASEGURADO		

Continúa al dorso

INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO MÉDICO

¿Ha hecho Ud. o está haciendo alguna solicitud de reembolso relacionada con el servicio anexado a otra compañía de seguros o plan médico?

☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, por favor anexar una copia de la Explicación de Beneficios del otro seguro médico, copia de las facturas e reportes médicos.

INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

Por favor indique como quiere recibir su reembolso.

☐ CHEQUE ☐ TRANSFERENCIA BANCARIA

Por favor provea copia de un CHEQUE ANULADO o complete la siguiente información:
Note que el Titular de la Cuenta puede incurrir en un gasto cobrado por el banco receptor, sobre el cual Best Doctors no tiene control.

INFORMACIÓN DEL BANCO BENEFICIARIO

NOMBRE DEL BANCO _____ **DIRECCIÓN DEL BANCO** (INCLUYA CIUDAD Y PAÍS) _____

TITULAR DE LA CUENTA** _____ **NÚMERO DE CUENTA** _____

** (Si el titular de la cuenta es diferente al titular de la póliza, al firmar abajo, el titular de la póliza autoriza el depósito de cualquier reembolso en esta cuenta)

ABA _____ **CÓDIGO SWIFT / NÚMERO IBAN / CÓDIGO CHIPS** _____

TIPO DE CUENTA ☐ CHEQUES ☐ AHORROS

INFORMACIÓN DEL BANCO INTERMEDIÁRIO

NOMBRE DEL BANCO _____ **DIRECCIÓN DEL BANCO** (INCLUYA CIUDAD Y PAÍS) _____

NÚMERO DE CUENTA _____ **ABA** _____

CÓDIGO SWIFT / NÚMERO IBAN / CÓDIGO CHIPS _____

☐ **APLICAR A LA PRIMA*** (NO APLICA EN CASO DE GRUPOS CORPORATIVOS)

* YO, **AUTORIZO** A BEST DOCTORS (LA ASEGURADORA) A USAR LA CANTIDAD QUE SE REEMBOLSARA ,SOLO DE ESTE RECLAMO , PARA EL PAGO DE LA RENOVACIÓN DE LA POLIZA NÚMERO: ____ -_____ - _____.

YO, **ENTIENDO** QUE ESTA AUTORIZACION NO GARANTIZA QUE MI POLÍZA SERA RENOVADA A TIEMPO. ES MI RESPONSABILIDAD BAJO LOS TÉRMINOS DE POLÍZA, CONFIRMAR QUE EL REEMBOLSO APLICADO CUBRIRA LA TOTALIDAD DE LA PRIMA ADEUDADA ANTES DE LA EXPIRACION DEL PERIODO DE GRACIA.

ENTIENDO QUE LA PRIMA DE RENOVACIÓN PUEDE VARIAR DEBIDO A UN CAMBIO DE TARIFAS O POR CUALQUIER OTRO CAMBIO HECHO POR MI A LA COBERTURA.

ESTA AUTORIZACION SIRVE COMO RECIBO DEL REEMBOLSO PARA LOS RECLAMOS COMPENSABLES HECHOS BAJO MI POLÍZA Y NO INVALIDA DE NINGUNA MANERA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA POLÍZA, EN PARTICULAR LAS DISPOSICIONES DE " PAGO DE PRIMA" Y " EL CAMBIO DE TARIFAS" .

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SE RESERVA EL DERECHO A ACEPTAR ESTA SOLICITUD Y A LIMITAR LA CANTIDAD DE DINERO DESTINADA A APLICAR A LOS PAGOS FUTUROS DE PRIMAS.

AUTORIZACIÓN

YO, ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO SE AJUSTA A LA VERDAD.

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO PRINCIPAL O PADRE /TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) _____ **FIRMA** _____ **FECHA** (MM/DD/AAAA) _____

POR FAVOR ESCRIBIR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

Por favor enviar toda la información/documentación original a la siguiente dirección:

Best Doctors Insurance
5201 Blue Lagoon Drive, Suite 300
Miami, FL 33126

Por favor enviar toda la información/documentación digital a:

Email: reclamos@bestdoctorsinsurance.com
Tel: 305-269-2521

Best Doctors® INSURANCE

La Póliza de seguro es emitida por Best Doctors Insurance Limited, a Bermuda company. Servicio de administración de seguros médicos ofrecido por Best Doctors Insurance Holdings, LLC. en representación de Best Doctors Insurance Limited.
www.bestdoctorsinsurance.com

Llamada de Cobro Revertido	1 305 269 2521
Llamada Gratuita dentro de los EE.UU.	1 866 902 7775
Llamada Gratuita desde Venezuela	58 2123354571
Llamada Gratuita desde Madrid	34 911880065
Llamada Gratuita desde Chile	56 25708575
Llamada Gratuita desde Mexico	52 5547469789
Llamada Grauita desde Peru	51 17056251
Llamada Gratuita desde Trinidad & Tobago	1 8888269630