

Formulario de Reclamación

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.

DATO	S PERSC	DNALES DEL	PACIEN'	TE					
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)				
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO PRINCIPAL					NÚMERO DE PÓLIZA				
DETAI	LES DEL	. DIAGNÓST	ICO / A	CCIDENTE					
		o como Reporte Médi adicional, por favor en	-		mpleta y es firmado y sellado por el	médico tra	atante.		
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					5	SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE			
EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN, POR FAVOR PROVEA EL NOMBRE DEL HOSPITAL					NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE				
DIRECCIÓN	I DEL PROVEED	OOR			TELÉFONO DEL PROVEEDOR				
DATO	S SOBRI	E LOS SERVI	CIOS PR	ESTADOS					
FECHAS DE SERVICIOS DE HASTA DETALLES SOB			RATAMIENTOS, A	SISTENCIA PRESTADA	E INSUMOS MÉDICOS		MONEDA	IMPORTE	
	IMPORTE TOTA IMPORTE PAGADO POR EL ASEGURAD								
DATO	S SOBRI	E MEDICINA	A PRESCI	RITA					
NOMBRE I	DE LA PRESCRITA	DIAGNÓSTICO	FECHA	NOMBRE DEL MÉD	ICO		MONEDA	IMPORTE	

IMPORTE TOTAL

IMPORTE PAGADO POR EL ASEGURADO

INFORMACION DE OTRO SEGURO MEDICO									
¿Ha hecho Ud. o está haciendo alguna solicitud de reembolso relacionada co	on 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 recep INFORMACIÓN DEL BANCO BENEFICIARIO		no tiene control.							
NOMBRE DEL BANCO	YA CIUDAD Y PAÍS)	A 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									
		TIPO DE CUENTA	7						
ABA CÓDIGO SWIFT / NÚMERO IBA	N / CÓDIGO CHIPS	CHEQUES	AHORROS						
INFORMACIÓN DEL BANCO INTERMEDIÁRIO									
		VA CILIDAD V.DAÍO							
NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO (INCLUY	YA CIUDAD Y PAIS)							
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 CANTIDA LA RENOVACIÓN DE LA POLIZA NÚMERO:	AD QUE SE REEMBOLSARA ,S	SOLO DE ESTE RECLAM	10 , PARA EL PAGO DE						
YO, ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACION NO GARANTIZA QUE MI POL LOS TÉRMINOS DE POLÍZA, CONFIRMAR QUE EL REEMBOLSO APLICAD EXPIRACION DEL PERIODO DE GRACIA.									
ENTIENDO QUE LA PRIMA DE RENOVACIÓN PUEDE VARIAR DEBIDO A POR MI A LA COBERTURA.	UN CAMBIO DE TARIFAS O	POR CUALQUIER OT	RO CAMBIO HECHO						
ESTA AUTORIZACION SIRVE COMO RECIBO DEL REEMBOLSO PARA LOS REC NINGUNA MANERA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA POLÍZA, EN PART TARIFAS".									
LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SE RESERVA EL DERECHO A ACEPTAR ESTA SOL LOS PAGOS FUTUROS DE PRIMAS.	LICITUD Y A LIMITAR LA CAN	TIDAD DE DINERO DES	TINADA A APLICAR A						
AUTORIZACIÓN									
YO, ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FOR	RMULARIO DE SOLICITUD DE	REEMBOLSO SE AJUS	ΓΑ 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 dire	cción: Por favor enviar to	oda la información/docu	mentación digital a:						
Best Doctors Insurance 5201 Blue Lagoon Drive, Suite 300 Miami, FL 33126	Email: reclamo Tel: 305-269-2	os@bestdoctorsinsu 2521	irance.com						
•••									

