

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.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE				
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	FECHA D	HA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) ERO DE PÓLIZA		
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO PRINCIPAL	NÚMERO			
DETALLES DEL DIAGNÓSTICO / ACCIDENTE				
Este formulario será válido como Reporte Médico si incluye la información médica co Si se requiere de espacio adicional, por favor envíe un Reporte Médico completo.	mpleta y es firmado y sellado por el 1	médico tratante.		
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				

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				

INFORMACION DE OTRO SEGURO MEDICO				
¿Ha hecho Ud. o está haciendo alguna solicitud de reembolso relacionada c	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 Benefic	ios del otro seguro médico, c	opia 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 informació Note que el Titular de la Cuenta puede incurrir en un gasto cobrado por el banco rece INFORMACIÓN DEL BANCO BENEFICIARIO		o tiene control.		
NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO (INCLUY	YA 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 c			
		TIPO DE CUENTA		
ABA CÓDIGO SWIFT / NÚMERO IBA	N / CÓDIGO CHIPS	CHEQUES AHORROS		
INFORMACIÓN DEL BANCO INTERMEDIÁRIO				
NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO (INCLUY	'A 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 CANTID LA RENOVACIÓN DE LA POLIZA NÚMERO:	AD QUE SE REEMBOLSARA ,S	OLO DE ESTE RECLAMO , PARA EL PAGO DE		
YO, ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACION NO GARANTIZA QUE MI POL LOS TÉRMINOS DE POLÍZA, CONFIRMAR QUE EL REEMBOLSO APLICAI 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 OTRO 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 SO LOS PAGOS FUTUROS DE PRIMAS.	LICITUD Y A LIMITAR LA CANT	FIDAD DE DINERO DESTINADA A APLICAR A		
AUTORIZACIÓN				
YO, ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FOI	RMULARIO DE SOLICITUD DE I	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 dire	ección: Por favor enviar tod	da la información/documentación digital a:		
Best Doctors Insurance 5201 Blue Lagoon Drive, Suite 300 Miami, FL 33126	Email: reclamo Tel: 305-269-2	s@bestdoctorsinsurance.com 521		



INICODMACIÓN DE OTRO SECURO MÉDICO