

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN



ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO, POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- ☐ Por favor asegúrese que su proveedor complete la sección 3 (hospital), la sección 4 (otros proveedores) y/o la sección 5 (médico tratante), incluyendo el nombre completo, la dirección y el número de identificación para impuestos.
- ☐ Recuerde firmar el Formulario de Reclamación.
- ☐ Complete todas las secciones del Formulario de Reclamación usando LETRAS MAYÚSCULAS.
- ☐ Pida a su proveedor médico que firme y selle el Formulario de Reclamación.
- ☐ Complete un Formulario de Reclamación por cada paciente e incidente.
- ☐ Incluya todas las facturas originales con el comprobante de pago correspondiente.
- ☐ Asegúrese de que tengamos una copia de los antecedentes de su enfermedad o condición actual.
- ☐ Si tiene otra póliza de seguro médico, la reclamación debe ser procesada primero por la otra compañía aseguradora y después presentada a Bupa junto con una explicación de cómo fue procesada la reclamación.

POR FAVOR TOME EN CONSIDERACIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN RELACIONADA A CIERTOS TIPOS DE RECLAMACIONES:

- ☐ Los costos de laboratorio deben incluir una lista de las pruebas realizadas.
- ☐ Los gastos farmacéuticos deben incluir una lista de todos los medicamentos adquiridos y una copia de la receta.
- ☐ Para asegurados dependientes entre 19 y 24 años de edad, envíe una copia del Certificado para Estudiante dependiente y una declaración por escrito firmada por el asegurado principal dando fe de que el estado civil del asegurado dependiente es soltero.
- ☐ En caso de un procedimiento quirúrgico o una biopsia, incluya el informe de patología.
- ☐ En caso de trauma nasal, incluya radiografías, informe de radiología e informe de la sala de emergencia.
- ☐ Al presentar la primera reclamación para un recién nacido, incluya copia del certificado de nacimiento.
- ☐ En caso de un accidente automovilístico, incluya el informe de la policía. Si no puede obtener un informe de la policía, incluya una carta del médico tratante con una descripción completa del accidente. También incluya una explicación de beneficios de la compañía de seguros de auto. Si los costos médicos no están cubiertos bajo la póliza de autos, incluya una carta de la compañía de seguros de auto con una explicación al respecto. Si no tiene seguro de auto, deberá enviar una carta explicativa.

LA SOLICITUD DE REEMBOLSO PUEDE SER DENEGADA SI LAS SECCIONES 3, 4 Y 5 NO HAN SIDO COMPLETADAS.

SI COMPLETA TODA LA INFORMACIÓN EN EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN Y ENVÍA TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, SU RECLAMACIÓN SERÁ PROCESADA MÁS RÁPIDAMENTE.

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú • Ed. San Salvador, Piso 4 • Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 396 5600 • Fax (593) 2 396 5650 • www.bupasalud.com • SACecuador@bupalatinamerica.com

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre completo	<div>Apellido</div> <div>Nombre</div> <div>Inicial</div>	Número de póliza	
Status	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Legalmente		
Fecha de nacimiento	<div>DD / MM / AA</div>	Identificación tributaria No.	
Correo electrónico			
Dirección			
Tel. residencia		Tel. trabajo	
Tel. celular		Fax	

2. SOLICITUD DE REEMBOLSO CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA

En relación con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ¿ha tramitado alguna solicitud de reembolso con otra compañía aseguradora o plan de beneficios? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía		Número de póliza	
-----------------------	--	------------------	--

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	<div>DD / MM / AA</div>
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con el asegurado principal	<input type="checkbox"/> El(la) mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	
Si la reclamación es para un hijo dependiente de 19 años de edad o mayor, ¿Es estudiante de tiempo completo?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. DETALLES SOBRE EL DIAGNÓSTICO, LA ENFERMEDAD O EL ACCIDENTE

Si la reclamación es para un hijo dependiente de 19 años de edad o mayor, ¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es afirmativa, provea el nombre y dirección de la universidad (Proveer copia del Certificado de Estudiante).			
¿Está relacionada esta solicitud de reembolso con un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió Sí, ¿fue causada la herida por un acto u omisión de otra persona que no es el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lugar donde ocurrió el accidente: <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro:			
Diagnóstico, naturaleza de la enfermedad o tipo de accidente			
Fecha del primer síntoma o accidente		Fecha de la primera consulta relacionada con el diagnóstico	<div>DD / MM / AA</div>
¿Ha sufrido síntomas similares anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo?	<div>DD / MM / AA</div>
¿Fue USA Medical Services pre-notificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es afirmativa, provea la fecha	<div>DD / MM / AA</div>

3. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN				
Nombre del hospital			Identificación tributaria No.	
Dirección				
Período de la hospitalización	De		A	
		DD / MM / AA		DD / MM / AA

4. OTROS PROVEEDORES			
Nombre del proveedor			Identificación tributaria No.
Dirección			
Teléfono			Fecha
			DD / MM / AA

5. PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE			
Certifico que la información proporcionada en las secciones 6 y 7 está completa y correcta, a mi leal saber y entender.			
Nombre del médico tratante			Identificación tributaria No.
Dirección			
Firma y sello			Fecha
			DD / MM / AA
			Registro o licencia No.
Correo electrónico			Teléfono

7. DETALLES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO					
Fecha del servicio	Lugar del servicio (código)*	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Moneda	Cargos
DD / MM / AA					
DD / MM / AA					
DD / MM / AA					
DD / MM / AA					
DD / MM / AA					
DD / MM / AA					
DD / MM / AA					
DD / MM / AA					
DD / MM / AA					
Total de cargos					
Cantidad pagada por el asegurado					
Cantidad pagada por otra aseguradora					
Balance pendiente por pagar al proveedor médico					

* Código para lugar del servicio	
IH: Paciente ingresado en el hospital	NH: Casa de retiro
OH: Paciente atendido en el hospital pero no ingresado	SNF: Centro de cuidados especiales
O: Oficina del médico	GRDAMB: Ambulancia
H: Hogar del paciente	OL: Otra localidad
PSYO: Clínica diurna	IL: Laboratorio independiente
PSY: Clínica nocturna	CAMBSG: Otro centro médico o de cirugía

CONFIRMACIÓN

Cualquier persona que intencionalmente y con el propósito de defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora (1) presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa, o (2) oculte o presente información engañosa sobre cualquier hecho material, comete un acto de fraude al seguro que puede ser considerado un acto criminal bajo las leyes correspondientes.

Ni Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

Por este medio, certifico que toda la información proporcionada en este Formulario de Solicitud de Reembolso es verdadera, fiel y está completa.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

El original o una fotocopia de esta reclamación firmada, autorizada a cualquier médico profesional, hospital u otra institución de cuidados médicos, organización respaldada por una compañía de seguros, farmacia, agencia de gobierno, tenedor de póliza de grupo, patrono o administrador de plan de beneficios a otorgar a Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros o a su agente, abogado, o su compañía Administradora de Reclamos (en caso de existir), la información referente a las recomendaciones, cuidado médico, propuesto cuidado médico, tratamiento o certificación previa de hospitalización hecha a mi persona, mi cónyuge o mis hijos. Esta incluirá información relacionada con una enfermedad mental, uso de drogas o de alcohol. También autoriza a cualquier patrono tenedor de póliza de grupo de administrador de plan de beneficios a proveer a Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros, información relacionada con mi trabajo o información financiera relacionada con mi persona, mi cónyuge o mis hijos.

Entiendo que la información obtenida con esta autorización será utilizada por Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros para evaluar una reclamación de beneficios de seguro y entregaré a cualquier representante una copia de esta autorización al pedirla. La información obtenida no será divulgada a ninguna persona u organización EXCEPTO a las compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que realicen negocios y provean servicios legales a la Compañía, relacionados con la reclamación.

Esta autorización es válida por un período de doce (12) meses desde la fecha en que se firma y durante el tiempo que dure el proceso de la reclamación.

☐ En caso de estar representado por un agente, por este medio autorizo a esa persona a revisar la información proporcionada en este Formulario de Reclamación.

He revisado y entendido el contenido y el objetivo de esta autorización. Al firmar o responder afirmativamente, confirmo que las decisiones sobre la autorización arriba indicadas reflejan fielmente mis deseos.

Firma del asegurado principal		Fecha	DD / MM / AA
Firma del paciente (si tiene 18 años o más)		Fecha	DD / MM / AA

EL PRESENTE FORMULARIO HA SIDO APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS CON RESOLUCIÓN # SBSINS-2004-439 DEL 2004. REGISTRO #24812