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	Apellido Nombre Inicial	Número de póliza	
Status legal	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) Legalmente		
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	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	DD / MM / AA
Sexo: ☐ M ☐ F	Relación con el asegurado principal ☐ El(la) mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)		
Si la reclamación es para un hijo dependiente de 19 años de edad o mayor, ¿Es estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No	Si respondió Sí, ¿fue causada la herida por un acto u omisión de otra persona que no es el paciente? ☐ Sí ☐ No		
Lugar donde ocurrió el accidente: ☐ Auto ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ 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	DD / MM / AA
¿Ha sufrido síntomas similares anteriormente? ☐ Sí ☐ No		¿Cuándo?	DD / MM / AA
¿Fue USA Medical Services pre-notificado? ☐ Sí ☐ No		Si la respuesta es afirmativa, provea la fecha	DD / MM / AA

3. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital			Identificación tributaria No.	
Dirección				
Período de la hospitalización	De	DD / MM / AA	A	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					

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
OH: Paciente atendido en el hospital pero no ingresado
O: Oficina del médico
H: Hogar del paciente
PSYO: Clínica diurna
PSY: Clínica nocturna
NH: Casa de retiro
SNF: Centro de cuidados especiales
GRDAMB: Ambulancia
OL: Otra localidad
IL: Laboratorio independiente
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