Formulario de información médica

Teléfono de contacto

+44 (0) 1892 556274

Disponible día y noche, los 365 días del año

Ayúdenos a evaluar rápidamente su reclamación escribiendo con claridad

Este formulario se compone de tres partes:

Parte	Quién debe cumplimentar esta parte
A: Detalles de la reclamación	el paciente que presenta la reclamación
B: Consentimiento del paciente	el paciente que presenta la reclamación
C: Información médica	médico o profesional sanitario del paciente

Envíe el formulario cumplimentado a:

Cárguelo o envíelo por correo electrónico a:
axaglobalhealthcare.com/customer

Fax: +44 (0) 1892 508256

Dirección postal: AXA – Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, UK

Definiciones de palabras y frases

Algunas de las palabras y frases que utilizamos en este formulario tienen un significado específico cuando, por ejemplo, hablamos sobre el tratamiento.

Usted y su – cuando empleamos «usted» y «su» nos referimos al afiliado principal y a cualquier miembro de la familia cubierto por su póliza.

Nosotros y nuestro – cuando utilizamos «nosotros» o «nuestro» nos referimos a AXA Global Healthcare (UK) Limited que actúa en nombre de AXA PPP healthcare Limited.

Parte A: Detalles de la reclamación – a cumplimentar por el paciente

A1 Sobre usted y su reclamación

Recuerde utilizar **TINTA NEGRA** y escribir en **LETRAS MAYÚSCULAS** en el documento

Nombre completo y título

Dirección

Introduzca los detalles de la información completa, incluidos el código postal y el país cuando proceda.

Número de afiliación/cliente

Número de reclamación (si lo conoce)

Información de contacto

Incluya los códigos del país y la región cuando proceda. Indique la información del progenitor o tutor legal del paciente si este tiene menos de 16 años.

Teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

Motivo de la reclamación

Describa los síntomas o la condición médica por la que ha recibido tratamiento

Continúa en la siguiente página

PB63233/01.21

A2 Información de pago de la reclamación

¿Ya ha abonado las facturas por el tratamiento que reclama?

☐ **No** ▶ Diríjase al **apartado** A3

☐ **Sí** ▶ Cumplimente el resto de este apartado

Pagaremos cualquier tratamiento que esté cubierto directamente en su cuenta bancaria.

Adjunte todas las facturas abonadas específicas para el tratamiento, así como cualquier certificado médico, correspondencia o documentos relacionados con la reclamación.

Para evitar retrasos en su reclamación, asegúrese de incluir:

- Las fechas del tratamiento
- El tipo de tratamiento
- La condición médica
- El valor de la factura

Divisa en la que abonar la reclamación

País

Número de cuenta bancaria

Nombre del beneficiario

Nombre de la cuenta

IBAN (si fuese importante para la ubicación de su banco)

Código SWIFT o código BIC

Número ABA (si fuese importante para la ubicación de su banco)

Nombre y dirección del banco

Si tiene planeado un tratamiento adicional, póngase en contacto con nosotros en el +44 (0) 1892 556274 o en línea siguiendo las instrucciones en axaglobalhealthcare.com/customer

A3 Información adicional

¿Desea reclamar un beneficio en efectivo por el tratamiento recibido sin cargo?

☐ **No**

☐ **Sí** ▶ En caso afirmativo, envíe la confirmación de las fechas de su estancia o tratamiento con este formulario y prueba de que los servicios se brindaron sin cargo.

¿El tratamiento es secundario a una lesión o accidente?

☐ **No** ▶ Diríjase a la **Parte** B

☐ **Sí**

a. ¿Cree que alguien más tuvo la culpa y causó el accidente o la lesión?

☐ **No**

☐ **Sí**

b. ¿Tiene otra póliza de seguro que también cubriría su reclamación?

☐ **No**

☐ **Sí** ▶ En caso afirmativo, proporcione más información

Información adicional del asegurador

Parte B: **Declaración y consentimiento**

Declaro que toda la información que he proporcionado en este formulario es correcta según mi leal saber y entender.

Para respaldar la administración de mis contratos de seguro de salud, doy mi consentimiento para que:

a) AXA PPP healthcare Limited o AXA Global Healthcare (UK) Limited (conjuntamente **AXA**) soliciten información médica y sanitaria del profesional sanitario o del hospital del paciente (consulte el apartado de **Informes médicos** de este formulario)

b) el profesional sanitario o el hospital que proporcione esa información sanitaria en los informes, o mediante copias de mis registros sanitarios e información médica a **AXA**

c) el profesional sanitario u hospital involucrado en la atención del paciente que revise la información médica y los acuerdos de alta con **AXA** por las siguientes razones: (Marque Sí o No para cada uno de los siguientes casos)

   (a) para valorar y, posteriormente, revisar mi reclamación y aplicar las condiciones/exclusiones de la póliza (si marca No, es posible que no podamos procesar su reclamación)

   ☐ **Sí**

   ☐ **No**

   (b) para auditar registros de profesionales sanitarios y del hospital para revisar su desempeño y garantizar que AXA se facture correctamente

   ☐ **Sí**

   ☐ **No**

Declaro que soy el paciente

☐ **Sí**

☐ **No**

¿El paciente tiene menos de 16 años?

☐ **No**

☐ **Sí**

En caso afirmativo, declaro que soy el progenitor/tutor legal del paciente

☐ **No**

☐ **Sí**

Deseo consultar cualquier informe del médico antes de que se lo envíen

☐ **No**

☐ **Sí**

Firmado*

(Este formulario debe firmarse a mano. No aceptamos firmas electrónicas.)

*A firmar por el paciente o progenitor/tutor legal si el paciente tiene menos de 16 años

Fecha

D	D	M	M	A	A	A	A

Nombre completo del paciente

Deseo que otra persona u otra organización/organizaciones me ayude/ayuden con esta reclamación y acepto, por ende, que **AXA** o cualquier administrador de políticas y la persona u organización/organizaciones nombrada/nombradas a continuación puedan discutir este reclamación y, en la medida necesaria, divulgar entre ustedes mis detalles médicos y sanitarios relevantes.

☐ **No**

☐ **Sí**

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona u organización/organizaciones aquí:

(Si proporciona los nombres de una o más organizaciones, esto significará que podemos ponernos en contacto con cualquier empleado lo que ayudará en caso de que la persona con la que trata generalmente no esté disponible).

Parte C: Información médica

A cumplimentar por el médico del paciente - escriba con claridad para una fácil comprensión

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

¿Cuánto tiempo hace que conoce a este paciente?

¿Es usted el médico de atención primaria habitual del paciente?

- ☐ **No**
- ☐ **Sí**

¿Tiene acceso al historial médico del paciente?

- ☐ **No** ▶ Consulte a continuación
- ☐ **Sí**

En caso negativo, indíquenos el nombre y la dirección de la persona que posea el historial médico del paciente

C1 Información médica

Condición médica/diagnóstico

Código CIE

Código quirúrgico (si procede)

Descripción de los síntomas

¿Durante cuánto tiempo ha padecido los síntomas antes de consultarle?

¿Cuándo comenzaron los síntomas?

D D M M A A A A

Si no refiere síntomas, ¿qué llevó al paciente a verle?

Dada la etiología de la condición, ¿cuánto tiempo cree que ha estado presente?

Fecha del primer tratamiento o consulta con cualquier proveedor

D D M M A A A A

Fecha de tratamiento con usted

D D M M A A A A

Tipo de investigación necesaria para confirmar el diagnóstico

Plan de tratamiento adicional (si procede)

¿El paciente fue referido a usted por otro médico?

- ☐ **No**
- ☐ **Sí** ▶ En caso afirmativo, proporcione el nombre y los datos de contacto del médico de referencia

¿La reclamación está relacionada o es secundaria a una cirugía o tratamiento anterior?

- ☐ **No**
- ☐ **Sí** ▶ En caso afirmativo, proporcione los detalles, incluidas las fechas

Continúa en la siguiente página

C1 Información médica (continuación)

¿El paciente tiene alguna condición médica asociada o relacionada?

- ☐ **No**
- ☐ **Sí** ▶ En caso afirmativo, indique y explique la relación y la fecha del diagnóstico

¿Ha recibido el paciente consultas previas/tratamiento u hospitalización por esta condición o por afecciones o síntomas asociados?

- ☐ **No**
- ☐ **Sí** ▶ En caso afirmativo, proporcione más información

Fecha del tratamiento

D D M M A A A A

Condición médica/tratamiento

Nombre del proveedor

¿El paciente toma algún medicamento para esta condición?

- ☐ **No**
- ☐ **Sí** ▶ En caso afirmativo, nombre el medicamento y la fecha en la que comenzó a tomarlo

Si la reclamación está relacionada con el embarazo, ¿este es el resultado de una concepción natural?

- ☐ **No**
- ☐ **Sí**

Si la reclamación está relacionada con el embarazo, ¿este el primer embarazo de la paciente?

- ☐ **No** ▶ En caso negativo, indique cualquier tipo de complicación de embarazo anterior
- ☐ **Sí**

Si la reclamación está relacionada con el embarazo, ¿este el primer embarazo de la paciente?

- ☐ **No** ▶ En caso afirmativo, indique cualquier tipo de complicación de embarazo anterior
- ☐ **Sí**

C2 Declaración del profesional sanitario

Soy el profesional sanitario del paciente y confirmo que la información que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si parte de la información es incorrecta, esto puede afectar la reclamación de mi paciente por gastos privados de atención médica

Firma

Nombre

Fecha

D D M M A A A A

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono de contacto

Sello del profesional sanitario

Informes médicos

Si solicitamos un informe médico con detalles de su condición actual, el historial de su condición y cualquier tratamiento propuesto, no tiene que dar su consentimiento; sin embargo, si no da su consentimiento, es posible que no podamos procesar su reclamación.

Si desea ver el informe antes de enviarlo, marque la casilla que se muestra a continuación. Le escribiremos para informarle sobre la fecha en que solicitamos el informe y deberá ponerse en contacto con el médico dentro de los 21 días posteriores a la fecha de nuestra solicitud. Dispone de 21 días a partir de la fecha de contacto con su médico para hacer gestiones para verle.

☐ Deseo ver cualquier informe del médico u hospital antes de enviarlo a **AXA**

Si no marca la casilla pero cambia posteriormente de opinión, podrá ponerse en contacto con su médico y solicitar ver el informe.

Puede pedirle al médico que consulte el informe en cualquier momento dentro de los seis meses posteriores a que este lo haya enviado.

Si no está de acuerdo con la información contenida en el documento, puede pedirle al médico que la modifique. Si el médico no está de acuerdo con usted, se le solicitará que escriba una declaración para que acompañe el informe que se nos remite.

Su médico no tiene que mostrarle partes del informe si cree que podría dañar su salud física o mental, o si el informe muestra planes futuros para su salud que el médico no quiere que vea.

Si el informe incluye detalles sobre otra persona, el médico no le mostrará esa parte del informe.

Su médico puede cobrarle por una copia del informe. Este cargo no está cubierto por su plan.

Si cualquier registro médico que recibamos muestra que se debería haber declarado una condición médica en su solicitud del plan, podremos cambiar los términos de su plan.

Protección de Datos

Trataremos sus datos personales de acuerdo con toda la legislación vigente en materia de Protección de datos.

Tiene derecho a consultar la información que tenemos sobre usted. Puede escribirnos para solicitar una copia de su información personal en cualquier informe independiente que solicitemos. Si desea una copia de un informe médico que su médico nos haya enviado, será más rápido si les contacta directamente, dado que tendremos que obtener el permiso de su médico para entregárselo a usted.

Para garantizar que podemos brindarle el mejor servicio, procesamos las reclamaciones en varios países del mundo.

Podemos auditar los registros médicos de médicos y hospitales para:

- prevenir y detectar infracciones, sobre todo, el fraude,
- revisar el desempeño de los especialistas,
- garantizar que nos facturan correctamente por sus servicios.

Las auditorías pueden formar parte de un programa o mostrarse en respuesta a un caso específico.

Es posible que necesitemos compartir información con terceros, incluidos expertos médicos, otras aseguradoras y otras organizaciones relacionadas con la detección y prevención del fraude.

En determinadas circunstancias, la ley nos exige divulgar información a las agencias encargadas de hacer cumplir la ley sobre sospechas de reclamaciones fraudulentas y otros delitos. Esto puede implicar la adición de información no médica a bases de datos que puedan ser consultadas por otras aseguradoras y agencias de aplicación de la ley. También se nos puede solicitar que informemos a los organismos reguladores pertinentes sobre cualquier problema en el que tengamos motivos para dudar de la aptitud de un proveedor médico para que ejerza profesionalmente.

Para consultar nuestra política de privacidad completa, visite www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice

Atención médica integrada para programas de salud grupal

Si usted es miembro de un plan de salud de la empresa, su empleador también puede proporcionar o utilizar nuestro Servicio de salud ocupacional o el Programa de asistencia para empleados. Estos servicios son provistos por empresas independientes.

Con su consentimiento, estas empresas y nosotros compartiremos información confidencial o personal, en secreto basándonos en la necesidad ética de proporcionarle a usted y a su empleador (en el caso de los Servicios de salud ocupacional y el Programa de asistencia para empleados), apoyo y asesoramiento sobre su salud.

PB63233/01.21
AXA Global Healthcare (UK) Limited está registrada en Inglaterra (Número 03039521). Domicilio social: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG United Kingdom.
AXA Global Healthcare (UK) Limited está autorizada y regulada en el Reino Unido por la Financial Conduct Authority.
Es posible que grabemos o supervisemos las llamadas para garantizar la calidad, para su uso en cursos de formación y para mantener nuestras conversaciones guardadas.