



Formulario de Solicitud de Reembolso



Advantage Care • Secure Care • Essential Care • Critical Care • Corporate Care
 Bupa Choice • Bupa Prestige • Bupa Worldwide • Bupa Select

Información del Asegurado

1 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre completo:			Fecha de nacimiento:			Número de póliza:		
<small>Apellido Nombre Inicial</small>			<small>Día / Mes / Año</small>					
Dirección:						Correo electrónico:		
Tel. residencia:		Tel. celular:		Tel. trabajo:		Fax:		

2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo:			Fecha de nacimiento:			Sexo		
<small>Apellido Nombre Inicial</small>			<small>Día / Mes / Año</small>			M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		
Relación con el asegurado principal: El(la) mismo(a) <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo(a) <input type="radio"/>								

3 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:		
------------------------	--	--	-------------------	--	--

4 MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR REEMBOLSO (Por favor marque con un ✓)

Por favor enviar un cheque
 Por favor depositar el reembolso en mi cuenta bancaria en los EE.UU.
 Por favor depositar el reembolso en mi cuenta bancaria fuera de los EE.UU.

5 INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA BANCARIA

Nombre del banco beneficiario:	
Número y dirección de la agencia:	
No. ABA para transferencia electrónica (sólo para bancos en los EE.UU.):	Código SWIFT (para bancos fuera de los EE.UU.):
Número de cuenta:	Titular de la cuenta:
Sub cuenta o cuenta final (si aplica):	

BANCO INTERMEDIARIO (completar para transferencias a bancos beneficiarios fuera de los EE.UU.)

Nombre del banco:	
Dirección:	
No. ABA (para bancos en los EE.UU.) o Código SWIFT:	
Número de cuenta:	

6 DETALLES SOBRE EL DIAGNÓSTICO, LA ENFERMEDAD O EL ACCIDENTE

¿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 fecha del accidente: Día / Mes / Año

Fecha de la primera consulta debido a este diagnóstico, enfermedad o accidente: Día / Mes / Año

¿Ha sufrido síntomas similares anteriormente? SÍ NO Si respondió SÍ, ¿cuándo? Día / Mes / Año

7 EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital:

Período de la hospitalización: De: Día / Mes / Año A: Día / Mes / Año

8 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.

Firma y sello del médico tratante: Fecha: Día / Mes / Año

Nombre y dirección del proveedor:

Número de registro o licencia: Teléfono: Correo electrónico:

9 DETALLES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO

Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Moneda	Cargos
Día / Mes / Año				
Día / Mes / Año				
Día / Mes / Año				
Día / Mes / Año				
Día / Mes / Año				
Día / Mes / Año				
Total de cargos				
Cantidad pagada por el asegurado				
Cantidad pagada por otra aseguradora				
Balance por pagar al hospital, clínica, médico, etc.				

AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario está completa y correcta a mi leal saber y entender, y que estoy tramitando una solicitud de reembolso solamente para los cargos incurridos por el paciente identificado en este formulario.

Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, por este medio yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, agencia gubernamental de salud, compañía de seguro, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficios del empleador, y/o compañía de control de calidad para proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona, mi cónyuge o mis dependientes (si son menores de edad), y cualquier y todo estado de cuenta de pagos pendientes. Por este medio autorizo al empleador o asegurado principal de grupo o al administrador del plan de beneficios del empleador para que proporcione a USA Medical Services (Administrador de Reclamos para la Aseguradora) cualquier y toda información financiera o laboral relacionada con mi persona, mi cónyuge o cualquiera de mis dependientes (si son menores de edad). Entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por USA Medical Services para evaluar esta solicitud de reembolso de beneficios médicos, y que yo y/o mi representante legal autorizado recibiremos una copia de esta autorización si así lo solicito. Ninguna información médica confidencial obtenida durante la evaluación de esta solicitud de reembolso será proporcionada a ninguna persona u organización EXCEPTO las compañías de reaseguro o cualquier otra entidad que realice trabajos contractuales o servicios legales para la Aseguradora o para USA Medical Services con referencia a esta solicitud de reembolso, o según lo permitido por ley.

Nombre del asegurado principal (EN MAYÚSCULAS):

Firma del asegurado principal:

Fecha:

____/____/____
Día Mes Año

Nombre del paciente (EN MAYÚSCULAS):

Firma del paciente (si tiene 18 años o más):

Fecha:

____/____/____
Día Mes Año

Para su conveniencia, hemos creado la lista de comprobación que aparece a continuación. Marque el círculo correspondiente para asegurarse de haber seguido todas las indicaciones.

- Por favor recuerde **firmar** el Formulario de Solicitud de Reembolso.
- Por favor complete todas las secciones del Formulario de Solicitud de Reembolso en **LETRAS MAYÚSCULAS**.
- Por favor pida a su **proveedor médico** que **firmo** y **selle** el Formulario de Solicitud de Reembolso.
- Se debe llenar un formulario por separado **por paciente** y **por incidente**.
- Al enviar el Formulario de Solicitud de Reembolso, incluya todas las **facturas originales** con su correspondiente prueba de pago.
- 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.
- Por favor asegúrese de que tengamos una copia de los **antecedentes de su enfermedad/condición actual**.
- Para asegurados entre 19 y 24 años de edad, por favor envíe una copia del **certificado de estudiante a tiempo completo** y una declaración por escrito, firmada por el asegurado principal, dando fe de que el estado civil del asegurado es soltero.
- En caso de un **procedimiento quirúrgico** o una **biopsia**, deberá incluirse el informe patológico.
- En caso de trauma nasal, deberán incluirse **radiografías**, el **informe de radiología**, y el **informe de la sala de emergencia**.
- Al presentar el primer reclamo para un recién nacido, deberá incluir una copia del **certificado de nacimiento**.
- En caso de un accidente automovilístico, deberá incluir el **informe de la policía**. Si no puede obtener un informe de la policía, por favor 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, por favor incluya una carta de la compañía de seguros de auto con una explicación al respecto. Si no tiene seguro de auto, se requerirá una carta aclaratoria.
- Si tiene **otra póliza de seguro médico**, la solicitud de reembolso debe ser procesada primero por la otra compañía aseguradora y después presentada a nosotros, con una explicación de cómo fue procesado el reembolso.

Si usted no envía todos los documentos requeridos, se cerrará su expediente hasta recibir todos los documentos necesarios. Esto demorará el proceso y podría ser motivo para que la solicitud de reembolso sea denegada.



Ofreciendo soluciones para asegurar
su salud en Latinoamérica y el Caribe



Administración: 7001 SW 97 Avenue, Miami, Florida 33173, USA

Tel: +1 305 398 7400 • Fax: +1 305 275 8484 • E-mail: bupa@bupalatinamerica.com

USA Medical Services: Tel: +1 305 275 1500 • E-mail: usamed@usamedicalservices.com

www.bupalatinamerica.com