



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:

A:

____/____/____
Día Mes Año

____/____/____
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.				

SU DECLARACIÓN

Yo, el(la) infrascrito(a) declaro que toda la información en este Formulario de Solicitud de Reembolso es proporcionada conforme a la verdad. Confirmando (en mi nombre y en el de mis dependientes) que he leído el Aviso de Protección de Datos a continuación, y doy mi consentimiento explícito a IHI Bupa para que use mi información personal y la de mis dependientes en la manera pertinente para los fines especificados abajo. Acepto que toda la correspondencia referente al seguro será enviada a la persona registrada como asegurado principal (la cual puede que sea enviada a través de nuestro intermediario).

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

Aviso de Protección de Datos

Propósito: Los datos personales recogidos sobre usted y sus dependientes serán utilizados por IHI Bupa para procesar sus solicitudes de reembolso, cobrar la prima, enviar reembolsos, administrar la póliza, y detectar y prevenir tanto el fraude como las solicitudes de reembolso indebidas. Aunque IHI Bupa no acepte su solicitud, su información podrá quedar registrada.

Confidencialidad: IHI Bupa cumple con la legislación sobre protección de datos y las pautas de confidencialidad médica correspondientes. Toda correspondencia referente a su póliza será enviada al titular de la póliza. Todas las personas aseguradas bajo la póliza pueden tener acceso a la correspondencia y a cualquier otro tipo de información enviada por IHI Bupa o a la que se pueda tener acceso en www.ihicom.com mediante el ingreso a miPágina. IHI Bupa recurre a terceros para procesar los datos en su nombre, y sus datos pueden ser procesados dentro de la Unión Europea (UE) o fuera de ella. IHI Bupa puede intercambiar su información dentro del Grupo Bupa y con su intermediario.

Información médica: IHI Bupa puede buscar e intercambiar información sobre su salud y tratamientos y los de sus dependientes con quienes estén relacionados con su atención médica y la de sus dependientes (incluyendo el hospital y el médico que les atiende) y sus agentes, y si corresponde, cualquier persona u organización que pueda ser responsable de cubrir los gastos de su tratamiento y el de sus dependientes, o los agentes de esta persona u organización, según IHI Bupa lo considere necesario.

Llamadas telefónicas: A fin de mejorar continuamente nuestro servicio al cliente, su llamada será grabada y es posible que sea monitorizada.

Investigación: Los datos que se hayan agregado o que hayan sido introducidos anónimamente pueden ser utilizados por IHI Bupa, o divulgados a otros para fines estadísticos o de investigación.

Fraude: La información y las llamadas telefónicas grabadas pueden ser divulgadas a otros para prevenir o detectar solicitudes de reembolso fraudulentas o indebidas.

Nombres y direcciones: IHI Bupa no pone los nombres y direcciones de nuestros clientes a disponibilidad de otras organizaciones (salvo según se indica anteriormente).

Le mantenemos informado(a): Ocasionalmente, IHI Bupa le informará acerca de los productos y servicios que considere pudieran interesarle. La legislación sobre protección de datos le da derecho a ver los documentos y la información que IHI Bupa ha registrado acerca de usted.

Dirección de contacto: Si no desea recibir información sobre nuestros productos y servicios, o si desea ver una copia de la información que tenemos sobre usted, escriba al Gerente de Protección de Información del Grupo Bupa a Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA, England, o por correo electrónico a DataProtection@bupa.com.

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 **firm**e 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



ihi Bupa: Administración 7001 SW 97 Avenue, Miami, Florida 33173, USA
Tel: +1 305 270 3944 • Fax: +1 305 270-3948 • E-mail: premier1@bupalatinamerica.com
USA Medical Services: Tel: +1 305 275 1500 • E-mail: usamed@usamedicalservices.com
www.bupalatinamerica.com

ihi Bupa es un nombre comercial de Bupa Insurance Limited. Registrada en Inglaterra bajo el No. 3956433.
Sede registrada: Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA, UK.
Bupa Insurance Limited está autorizada y regulada por la Autoridad de Servicios Financieros (Reino Unido).