

FORMULARIO DE RECLAMO



Código:

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

- Por favor asegúrese que su proveedor complete la sección 7 (hospital), la sección 8 (médico tratante) y/o la sección 9 (otros proveedores), incluyendo el nombre completo, la dirección y el número de identificación para impuestos.
- Recuerde firmar el Formulario de Reclamo.
- Complete todas las secciones del Formulario de Reclamo usando LETRAS MAYÚSCULAS.
- Pida a su proveedor médico que firme y selle el Formulario de Reclamo.
- Complete un Formulario de Reclamo 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 solicitud de reembolso debe ser procesada primero por la otra compañía aseguradora y después presentada a Bupa junto con una explicación de cómo fue procesado el reembolso.

POR FAVOR TOMA EN CONSIDERACIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN RELACIONADA A CIERTOS TIPOS DE RECLAMOS:

- 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.

EL RECLAMO PUEDE SER DENEGADO SI LAS SECCIONES 7, 8 Y 9 NO HAN SIDO COMPLETADAS.

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

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201-203 • Santa Cruz, Bolivia
Tel. (591-3) 342 4264 • www.bupasalud.com • bolivia@bupa.com.bo

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre completo	Apellido	Nombre	Inicial	Número de póliza	
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	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. MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR SU REEMBOLSO (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.

4. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA BANCARIA

Titular de la cuenta					
<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro	Número de cuenta			
Nombre del banco beneficiario			No. ABA (transferencia ACH)	Sólo para bancos en los EE.UU.	
Número de agencia			Código SWIFT	Sólo para bancos fuera de EE.UU.	
Dirección e información adicional de la agencia bancaria					
Cuenta final (si corresponde)					
Nombre			No. de cuenta		
BANCO INTERMEDIARIO (COMPLETAR PARA TRANSFERENCIAS A BANCOS BENEFICIARIOS FUERA DE EE.UU.)					
Nombre del banco			ABA/ SWIFT/ Otro		
Dirección					
			No. de cuenta		

5. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	
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)

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 accidente

DD / MM / AA

Fecha de la primera consulta relacionada con el diagnóstico

DD / MM / AA

¿Ha sufrido síntomas similares anteriormente? Sí No

¿Cuándo?

DD / MM / AA

7. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital

Identificación Tributaria No.

Dirección

Periodo de la hospitalización

De

DD / MM / AA

A

DD / MM / AA

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.

Nombre del médico tratante

Identificación Tributaria No.

Dirección

Firma y sello

Fecha

DD / MM / AA

Registro o licencia No.

Correo electrónico

Teléfono

9. OTROS PROVEEDORES

Nombre del proveedor

Identificación Tributaria No.

Dirección

Teléfono

Fecha

DD / MM / AA

10. DETALLES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO

Fecha del servicio	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				
Total de cargos				
Cantidad pagada por el asegurado				
Cantidad pagada por otra aseguradora				
Balance pendiente por pagar al proveedor médico				

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 Insurance (Bolivia) S.A., 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 Reclamo es verdadera, fiel y está completa.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Al presentar la 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 yo 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 Bupa Insurance (Bolivia) S.A.) cualquier y toda información financiera o laboral relacionada con mi persona, mi cónyuge o cualquiera de mis dependientes (si son menores de edad). Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por USA Medical Services para evaluar un reclamo de beneficios médicos, y que yo, o mi representante legal autorizado, recibiré una copia de esta autorización si así lo solicito. La información obtenida no deberá proporcionarse a ninguna persona u organización EXCEPTO las compañías de reaseguro o cualquier otra entidad que realice trabajos contractuales o servicios legales para USA Medical Services con referencia a este reclamo.

Esta autorización será válida por un período de doce (12) meses a partir de la fecha en que ha sido firmada.

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

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