BUPA CORPORATE CARE
SOLICITUD DE REEMBOLSO

ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO, POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
☐ **Asegúrese que su proveedor complete las secciones 2 (médico tratante), la sección 3 (hospital) y/o la sección 4 (otros proveedores), incluyendo su nombre completo, dirección y número de identificación tributaria.**
☐ Recuerde firmar el Formulario de Solicitud de Reembolso.
☐ Complete todas las secciones del Formulario de Solicitud de Reembolso usando LETRAS MAYÚSCULAS.
☐ Pida a su proveedor médico que firme y selle el Formulario de Solicitud de Reembolso.
☐ Complete un Formulario de Solicitud de Reembolso por cada paciente e incidente.
☐ Incluya todas las facturas originales con el comprobante de pago correspondiente.

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.
☐ 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 2, 3 Y 4 NO HAN SIDO COMPLETADAS.

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

EN CASO DE QUE SOLICITEMOS INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EVALUAR SU RECLAMACIÓN, POR FAVOR RECUERDE QUE SU PÓLIZA TIENE UN LÍMITE DE 180 DÍAS PARA PRESENTAR DICHA INFORMACIÓN A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ES SOLICITADA. PARA EVITAR LA NEGACIÓN DE SU RECLAMACIÓN, POR FAVOR ENVÍE LA INFORMACIÓN SOLICITADA DENTRO DEL PERÍODO INDICADO.

Bupa Insurance Company
18001 Old Cutler Road, Suite 500 Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 398 8266 • Fax +1 (305) 398 7333 • corporatecare@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com/MiBupa

USA Medical Services • Servicio de emergencia 24 horas
Tel. +1 (305) 275 1500 , 1 800 321 5187 • www.bupasalud.com/MiBupa

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (para ser completada por el Asegurado Principal)

Nombre	Apellido / Nombre / Inicial	ID del Asegurado(a)	
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Correo electrónico	
Dirección			
Teléfono residencial		Teléfono laboral	
Teléfono celular		Fax	

¿Tiene alguna otra cobertura de seguro médico? ☐ Sí ☐ No	Fecha de la lesión/enfermedad: DD / MM / AA
Por favor indique el nombre de la compañía de seguro:	

¿Está la condición relacionada con un accidente de auto? ☐ Sí ☐ No
(Si respondió "Sí", proporcione el reporte policial y el nombre/número de póliza de su seguro de auto)

Aseguradora		No. de Póliza	

¿Está la condición relacionada con algún otro tipo de accidente? ☐ Sí ☐ No
(Si respondió Sí, describa brevemente el accidente y proporcione cualquier reporte que se haya emitido.)

Razón por la cual buscó atención médica		Fecha de su primera consulta médica con referencia a esta condición:	DD / MM / AA

¿Ha efectuado ya algún pago por los servicios prestados? ☐ Sí ☐ No Si respondió Sí, indique la cantidad.		Moneda		Cantidad	

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.

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

Bupa Insurance Company y sus subsidiarias y filiales en Miami (colectivamente "Bupa") podrán necesitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento, y cualquier otra información médica o farmacéutica sobre mi persona y/o mis dependientes que pueda estar relacionada con esta solicitud de reembolso. Por este medio, autorizo a cualquier profesional médico, hospital, laboratorio, farmacia, proveedor médico, plan de seguro, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficios del empleador, la Oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización o persona que contenga dicha información médica para que entregue la misma a Bupa, sus Asociados de Negocios, o sus representantes designados (colectivamente denominados "Entidades de Bupa"), para evaluar esta solicitud de reembolso de beneficios de seguro.

Entiendo que la habilidad de Bupa para procesar adecuadamente mi solicitud de reembolso depende de que la compañía reciba toda la información de salud necesaria. Por lo tanto, si me niego a proporcionar esta autorización mi solicitud de reembolso podría ser denegada.

Entiendo que:

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia de la autorización será tan válida como el original.
- La autorización permanecerá vigente durante el tiempo en que se procese la solicitud de reembolso, incluyendo la resolución de la reclamación y cualquier actividad de auditoría y control de calidad.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a Bupa de conformidad y de acuerdo con la sección 45 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) §164.508. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que Bupa reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal o electrónico a:

  Bupa Privacy Office
  17901 Old Cutler Road, Suite 400
  Palmetto Bay, Florida 33157 USA
  Privacyoffice@bupalatinamerica.com

☐ 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 Reembolso.

He revisado y entendido el contenido y el objetivo de esta confirmación y 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

2. PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

¿Es usted el médico principal del paciente? ☐ Sí ☐ No (Si respondió "Sí", por favor firme abajo y proporcione su nombre y dirección.)
Si no, por favor proporcione el nombre del médico principal:

Médico principal	Apellido / Nombre / Inicial			Identificación Tributaria No.	
Dirección				Fecha	DD / MM / AA
Firma y sello				Registro o licencia No.	
Email		Teléfono		Fax	

3. EN CASO DE UNA HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital			Identificación Tributaria No.	
Dirección				
Período de 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. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente/ asegurado(a)	Apellido / Nombre / Inicial	Fecha de nacimiento	DD / MM / AA
Sexo: ☐ M ☐ F	Relación con el Asegurado Principal ☐ El mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) dependiente		
Fecha de la lesión o enfermedad	DD / MM / AA	Fecha de la primera consulta médica por esta condición	DD / MM / AA

Diagnóstico o naturaleza de la lesión o enfermedad

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para servicios prestados relacionados con una hospitalización, proporcione la fecha de:	Admisión	DD / MM / AA	Alta	DD / MM / AA

Describa en detalle los procedimientos, servicios o suministros médicos proporcionados en cada fecha específica.
Por favor sea específico en cuanto al tratamiento proporcionado. No se deberá utilizar el término "tratamiento médico".

Fecha de servicio	Diagnóstico (haga referencia al número en la sección anterior)	Tratamiento/Servicio	Costo del Tratamiento
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			

Firma del Médico o Proveedor		Fecha	DD / MM / AA
Nombre del Médico o Proveedor			

6. AUTORIZACIÓN PARA PAGO ELECTRÓNICO DE RECLAMACIONES

Yo,		ID del Asegurado	

AUTORIZO a USA Medical Services a depositar en mi cuenta bancaria los fondos correspondientes a reembolsos de reclamaciones.

Información Bancaria
(Por favor adjunte una hoja de depósito que muestre su número de cuenta.)

Titular de la cuenta			
No. de cuenta		☐ Corriente	☐ Ahorro
Nombre del banco beneficiario			
No. ABA (transferencia ACH) (bancos en los EE.UU.)		Código SWIFT (bancos fuera de los EE.UU.)	
Número de la agencia bancaria			
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	

Comentarios

Firma del Asegurado Principal		Fecha	DD / MM / AA