FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Diamond Care • Complete Care
P1 Diamond • P1 Gold • P1 Silver • Premier Care • Silver

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 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.
☐ 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 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.
☐ 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.

LA SOLICITUD DE REEMBOLSO PUEDE SER DENEGADA SI LAS SECCIONES 7, 8 Y 9 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 Limited
1 Angel Court, London EC2R 7HJ, United Kingdom
Administration • 18001 Old Cutler Road, Suite 500 • Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 275 1500, +1 (800) 321 5187 • Fax +1 +1 (305) 275 149 • www.bupasalud.com/MyBupa • bupa@bupalatinamerica.com
Registrada en Inglaterra con el No. 3956433. Autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial y regulada por la Autoridad de Conducta Financiera y la Autoridad de Regulación Prudencial. La Autoridad de Conducta Financiera no regula las actividades de Bupa Insurance Limited que se llevan a cabo fuera del Reino Unido.

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					
Dirección del titular de la cuenta					
Ciudad		Código Postal		País	
☐ Corriente ☐ 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					
Ciudad		Código Postal		País	

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				City	
Código Postal		País		No. de cuenta	

5. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Sexo ☐ M ☐ F

Relación con el asegurado principal ☐ El(la) mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ 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? ☐ Yes ☐ No		¿Cuándo?	DD / MM / AA

7. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital		Identificación Tributaria No.	
Dirección			
Período de la hospitalización	De DD / MM / AA	A DD / MM / AA	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				

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 la aseguradora, 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, y únicamente con respecto a la aseguradora, donde esto también sea prohibido por las leyes del Reino Unido y/o Dinamarca. 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 Solicitud de Reembolso es verdadera, fiel y está completa.

AVISO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Propósito: Los datos personales recogidos sobre usted y sus dependientes serán utilizados por Bupa Insurance Limited (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 Bupa no acepte su solicitud, su información podrá quedar registrada.

Confidencialidad: 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 o al intermediario. Todas las personas aseguradas bajo la póliza pueden tener acceso a la correspondencia y a cualquier otro tipo de información enviada por Bupa o a la que se pueda tener acceso en www.bupalatinamerica.com. Bupa recurre a terceros para procesar los datos en su nombre, y sus datos pueden ser procesados dentro o fuera del Espacio Económico Europeo (EEE). Bupa puede intercambiar su información dentro del grupo Bupa y con su intermediario.

Información médica: 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 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 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 reclamaciones indebidas.

Nombres y direcciones: 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, 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 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 Director de Gobernabilidad de Información del grupo Bupa a 1 Angel Court, London, EC2R 7HJ, England, o por correo electrónico a DataProtection@bupa.com.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Por este medio confirmo (en mi nombre y el de mis dependientes) que he leído el Aviso de Protección de Datos arriba, y otorgo mi consentimiento explícito a Bupa Insurance Limited y sus subsidiarias y compañías afiliadas en Miami (colectivamente "Bupa") para usar mi información personal y/o la de mis dependientes en la forma y para los propósitos establecidos. Acepto que toda la correspondencia sobre el seguro será enviada a la persona identificada como asegurado principal (y puede ser enviada a través de un intermediario).

Al presentar el original o una fotocopia de esta autorización firmada estoy autorizando a cualquier profesional médico, hospital, institución para cuidados médicos, proveedor de seguros, farmacia, agencia de salud gubernamental, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, administrador de plan de beneficios del empleador, y/o compañía de control de calidad para que entregue a Bupa toda y cualquier información médica y sobre tratamientos pasada o presente sobre mi persona, mi cónyuge y/o mis dependientes (si son menores de edad), así como cualquier estado de cuenta y cantidades por pagar. Por este medio también autorizo a cualquier asegurado principal de grupo o administrador del plan de seguros del empleador para que proporcione a Bupa información financiera o de empleo sobre mi persona, mi cónyuge y/o mis dependientes (si son menores de edad). Entiendo que la información autorizada en este documento será utilizada por Bupa para evaluar esta solicitud de reembolso para recibir los beneficios del 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 estas autorizaciones. 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