



Para ayudarnos a prestarle un mejor servicio, siga las siguientes instrucciones:

- Recuerde **firmar** el Formulario de Solicitud de Reembolso.
- Complete todas las secciones del Formulario de Solicitud de Reembolso en **LETRAS MAYÚSCULAS**.
- 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 un desglose detallado.
- Los **gastos farmacéuticos** deben incluir una lista de todos los medicamentos adquiridos y una copia de la receta.
- Asegúrese de que tengamos una copia de su **historia clínica reciente**.
- Para asegurados entre 19 y 24 años de edad, deberá enviar 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 un reclamo para un recién nacido, deberá incluir el **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, 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, 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.

El no presentar cualquiera de los documentos requeridos, resultará en el cierre de su caso hasta que recibamos dichos documentos. Esto demorará el proceso y podría ser motivo para que la solicitud de reembolso sea denegada.

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|  |        |         |                      |   |
|--|--------|---------|----------------------|---|
| Nombre completo:   |        |         | Fecha de nacimiento: | Sexo  |
| Apellido   | Nombre | Inicial | Día / Mes / Año      | 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"/> |        |         |                      |   |

## DETALLES SOBRE LA ENFERMEDAD O TIPO DE ACCIDENTE

|   |                 |
|---|-----------------|
| ¿Está relacionada esta solicitud de reembolso con un accidente? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>   |                 |
| Si respondió Sí, ¿fue causada la herida debido a un acto u omisión de otra persona que no es el paciente? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |                 |
| Lugar donde ocurrió el accidente: Auto <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>           |                 |
| Naturaleza de la enfermedad o tipo de accidente:  |                 |
| Fecha del primer síntoma o fecha del accidente:   | Día / Mes / Año |

**DETALLES SOBRE LA ENFERMEDAD O TIPO DE ACCIDENTE (continuación)**

Fecha de la primera consulta debido a esta enfermedad o accidente:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año¿Ha sufrido síntomas similares anteriormente?  SÍ  NO  Si respondió SÍ, ¿cuándo?\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año**EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN**

Nombre del hospital:

Período de la hospitalización:

De:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

A:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año**DETALES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO**

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

**PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

Firma y sello del médico tratante:

Fecha:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Nombre y dirección del proveedor:

Número de registro o licencia:

Teléfono:

Correo electrónico:

**SOLICITUD DE REEMBOLSO CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA**En relación con este diagnóstico/accidente, ¿ha tramitado alguna solicitud de reembolso con otra compañía aseguradora o plan de beneficios?  SÍ  NO 

Nombre de la compañía:

Número de póliza:

**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.

**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 fuera de los EE.UU.)**

Nombre del banco:

Dirección:

No. ABA (para bancos en los EE.UU.) o Código SWIFT:

Número de cuenta:

**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



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](mailto:bupa@bupalatinamerica.com)

**USA Medical Services:** Tel: +1 305 275 1500 • E-mail: [usamed@usamedicalservices.com](mailto:usamed@usamedicalservices.com)

[www.bupalatinamerica.com](http://www.bupalatinamerica.com)