BUPA CORPORATE CARE
SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DE GRUPO
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. Nombre completo, dirección y número de identificación tributaria.
☐ 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.

Bupa Ecuador S.A.
Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú • Ed. San Salvador, Piso 4 • Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 396 5600 • www.bupasalud.com • SACecuador@bupalatinamerica.com

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR (para ser completada por el Asegurado Titular)

Nombre	Apellido Nombre Inicial	ID del Asegurado	
Fecha de nacimiento	DD/MM/AA	Correo electrónico	
Dirección			
Identificación tributaria		Teléfono residencial	
Teléfono laboral		Teléfono celular	Fax
¿Tiene alguna otra cobertura de seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", favor explicar abajo.		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		Póliza No.	
¿Está la condición relacionada con algún otro tipo de accidente? ☐ Sí ☐ No (Si respondió "Sí", describa el accidente y proporcione cualquier reporte que se haya emitido)			
Razón por la cual buscó atención médica	sadfsadfsadf	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.

Ni Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros, 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 Solicitud de Reembolso es verdadera, fiel y está completa.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

El original o una fotocopia de esta reclamación firmada, autorizada a cualquier médico profesional, hospital u otra institución de cuidados médicos, organización respaldada por una compañía de seguros, farmacia, agencia de gobierno, tenedor de póliza de grupo, patrono o administrador de plan de beneficios a otorgar a Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros o a su agente, abogado, o su compañía Administradora de Reclamaciones (en caso de existir), la información referente a las recomendaciones, cuidado médico, propuesto cuidado médico, tratamiento o certificación previa de hospitalización hecha a mi persona, mi cónyuge o mis hijos. Esta incluirá información relacionada con una enfermedad mental, uso de drogas o de alcohol. También autoriza a cualquier patrono tenedor de póliza de grupo de administrador de plan de beneficios a proveer a Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros, información relacionada con mi trabajo o información financiera relacionada con mi persona, mi cónyuge o mis hijos.

Entiendo que la información obtenida con esta autorización será utilizada por Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros para evaluar una reclamación de beneficios de seguro y entregaré a cualquier representante una copia de esta autorización al pedirla. La información obtenida no será divulgada a ninguna persona u organización EXCEPTO a las compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que realicen negocios y provean servicios legales a la compañía aseguradora, relacionados con la reclamación.

Esta autorización es válida por un período de doce (12) meses desde la fecha en que se firma y durante el tiempo que dure el proceso de la reclamación.

☐ 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 Titular		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	04/03/2020 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 04/03/2020 DD/MM/AA	A	03/03/2020 DD/MM/AA

4. OTROS PROVEEDORES

Nombre del proveedor	Apellido Nombre Inicial	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 Titular: ☐ 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	03/03/2020 DD/MM/AA	Alta	02/03/2020 DD/MM/AA

Describra 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	Lugar del servicio (Código)*	Diagnóstico (haga referencia al número en la sección anterior)	Tratamiento/Servicio	Moneda/Cargo
DD/MM/AA				
DD/MM/AA				
DD/MM/AA				
DD/MM/AA				
DD/MM/AA				
DD/MM/AA				

Total de cargos	
Cantidad pagada por otra aseguradora	
Cantidad pagada por otra aseguradora	
Balance pendiente por pagar al proveedor médico	

*Código para lugar del servicio

IH: Paciente ingresado en el hospital
SNF: Centro de cuidados especiales
H: Hogar del paciente
IL: Laboratorio independiente
NH: Casa de retiro
O: Oficina del médico
OL: Otra localidad
PSY: Clínica nocturna
OH: Paciente atendido en el hospital pero no ingresado
GRDAMB: Ambulancia
PSYO: Clínica diurna
CAMBSG: Otro centro médico o de cirugía

Firma del médico o proveedor		Fecha	03/03/2020 DD/MM/AA
Nombre del médico o proveedor			

6. DETALLES DE PAGO

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Pago por transferencia electrónica de fondos a una cuenta bancaria.

Nombre del banco	
Tipo de cuenta	
Número de cuenta	
Cédula o RUC	
Nombre del propietario de la cuenta/pagadero a:	

En caso que no podamos realizar un reembolso directo a la cuenta bancaria, o que no se nos suministre detalles de la cuenta, realizaremos el reembolso a través de cheque. Nos reservamos el derecho de enviar cualquier beneficio pagadero a la persona correspondiente, por ejemplo, los representantes de ejecutar el testamento de una persona que haya fallecido o al dependiente en su póliza que ha pagado la prima.

7. VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma autorizada		Asegurado Titular Firma	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número 44407 con fecha 1 de febrero de 2017.