

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO



Solamente para productos de Bupa Insurance Company (BIC)

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.**
- Este formulario debe ser usado solamente para productos de Bupa Insurance Company (BIC). Para verificar si usted tiene un producto BIC, consulte su Guía para Asegurados, Acuerdo cláusula 1.1.
- 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 Company

17901 Old Cutler Road, Suite 400 • Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 398 7400 • Fax +1 (305) 275 8484 • www.bupasalud.com/MiBupa

USA Medical Services • Servicio de emergencia 24 horas

Tel. +1 (305) 275 1500 • Fax +1 (305) 275 1518 • Toll free +1 (800) 726 1203 • www.bupasalud.com/MiBupa

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? 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

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 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. 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

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 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, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información 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 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