

CORPORATE CARE FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO



ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO, POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- Por favor asegúrese que su proveedor complete la sección 2 (médico tratante), la sección 3 (hospital) y/o la sección 4 (otros proveedores), incluyendo el nombre completo, la dirección y el 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.

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala
PBX: 2300-8000 • www.bupasalud.com • ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com

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

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

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 Moneda Cantidad

Si respondió Sí, indique la 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 Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. (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 Guatemala o de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con la Aseguradora 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 Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. y sus 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 de los EE.UU. 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:

Gerente de Riesgos y Oficial de Cumplimiento
5ª Avenida 5-55, Zona 14
Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103
Ciudad de Guatemala
CumplimientoGuatemala@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/tratante	Apellido	Nombre	Inicial	Identificación Tributaria No.	
Dirección					
Firma y sello				Fecha	DD / MM / AA
				Registro o licencia No.	
Correo electrónico				Teléfono	

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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con el Asegurado Principal <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) dependiente				
Fecha de la lesión o enfermedad	DD / MM / AA		Fecha de la primera consulta médica por esta condición	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 o naturaleza de la lesión/enfermedad	Tratamiento/Servicio	Moneda	Cargos
DD / MM / AA				
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				

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 Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. a depositar en mi cuenta bancaria los fondos correspondientes a reembolsos de reclamaciones, según la siguiente información (por favor adjunte una boleta de depósito que muestre su número de cuenta):			
Titular de la cuenta			
Número de cuenta		<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro
Nombre del banco beneficiario			
No. ABA (transferencia ACH) <small>(bancos en los EE.UU.)</small>		Código SWIFT <small>(bancos fuera de los EE.UU.)</small>	
Número de la agencia bancaria			
Dirección e información adicional de la agencia bancaria			
Cuenta final (si corresponde)			
Nombre			
Banco intermediario (Completear para transferencia a bancos beneficiarios fuera de los EE.UU)			
Nombre del Banco			
Número de cuenta		ABA / SWIFT	
Dirección			
Comentarios			
Firma del Asegurado Principal		Fecha	DD / MM / AA

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 646-2015. Guatemala, dieciséis de junio de dos mil quince.