

BUPA CORPORATE CARE

SOLICITUD DE REEMBOLSO



Código: 201-934767-2014 02 020 3003

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), 3 (hospital) y 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 RECLAMOS:

- 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 RECLAMO SERÁ PROCESADO MÁS RÁPIDAMENTE.

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201-203 • Santa Cruz, Bolivia
Tel. (591-3) 342 4264 • www.bupalud.com/MiBupa

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

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial	ID del Asegurado(a)
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Correo electrónico		
Dirección				
Teléfono residencial			Teléfono laboral	
Teléfono celular			Fax	
¿Tiene alguna otra cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, proporcione el Reporte Policial y el nombre/número de póliza de su seguro de auto.				
Aseguradora			No. de Póliza	
¿Está la condición relacionada con algún otro tipo de accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, describa brevemente el accidente y proporcione cualquier reporte que se haya emitido.				
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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. Por este medio, certifico que toda la información proporcionada en este Formulario de Solicitud de Reembolso es verdadera, fiel y está completa.

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del asegurado sobre los hechos y circunstancias que conocidos por el asegurador, le hubieran inducido no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el contrato de seguro. La reticencia o la inexactitud en las declaraciones del asegurado, sin dolo de su parte, dan derecho al asegurador a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta días de conocidos tales hechos por él, debiendo restituir, en este caso, las primas del período no corrido. Pasado este plazo, no puede impugnar el contrato por las causas señaladas. Si se subsanan los errores u omisiones puede optar por reajustar las primas de acuerdo al verdadero estado del riesgo. Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. y sus filiales en Miami (colectivamente "Bupa") podrán necesitar registros médicos, información sobre medicamentos por receta, registros y planes de tratamiento, y cualquier otra información médica o farmacéutica sobre mi persona y/o mis dependientes 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, o cualquier otra organización o persona que contenga dicha información médica para que entregue la misma a Bupa o a sus Socios Comerciales 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. 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 Insurance (Bolivia) S.A.
Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005
Edificio Spazio, Oficina 201-203, Santa Cruz, Bolivia
bolivia@bupa.com.bo

- 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 entiendo el contenido y el objetivo de esta confirmación y autorización. Al firmar confirmo que las decisiones 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		Identificación Tributaria No.	
Dirección		Fecha	DD / MM / AA
Firma y sello		Registro o Licencia No.	
Email		Teléfono	Fax

3. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital		Identificación Tributaria No.	
Dirección			
Período de la 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	
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	DD / MM / AA	Alta		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 (haga referencia al número en la sección anterior)	Tratamiento/Servicio	Costo del Tratamiento
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			
DD / MM / AA			

Firma del Médico o Proveedor		Fecha	DD / MM / AA
Nombre del Médico o Proveedor			

6. AUTORIZACIÓN PARA PAGO ELECTRÓNICO DE RECLAMOS

Yo,		ID del Asegurado	
AUTORIZO a USA Medical Services a depositar en mi cuenta bancaria los fondos correspondientes a reembolsos de reclamos.			
Información Bancaria (Por favor adjunte una hoja de depósito que muestre su número de cuenta.)			
Titular de la cuenta			
No. de cuenta		<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro
Nombre del banco beneficiario			
No. ABA (transferencia ACH) (bancos en los EE.UU.)		Código SWIFT (bancos fuera de los EE.UU.)	
Número de la agencia bancaria			
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	
Comentarios			
Firma del Asegurado Principal		Fecha	DD / MM / AA