

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN



☐ BEST DOCTORS INSURANCE LIMITED

Importante: Por favor, complete un formulario de reclamación por cada miembro familiar que solicita un reembolso.

☐ ASEGURADO PRINCIPAL

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

NÚMERO DE PÓLIZA

FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL)

☐ PACIENTE

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)

RELACIÓN CON EL ASEGURADO PRINCIPAL

- El Mismo
- Esposa(o)
- Hijo(a)
- Otro _____

☐☐☐ SITUACIÓN MÉDICA

A) Índole de la enfermedad o de la lesión que requiere tratamiento:

- Accidente automovilístico (Por favor, incluir reporte policial)
 Algún otro tipo de accidente

PROPORCIONE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE Y CUALQUIER REPORTE QUE SE HAYA GENERADO

RAZÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

EN CASO DE ACCIDENTE, INDIQUE LA FECHA (M/D/A)

S N

¿Hay otra persona responsable?

Si la respuesta es "Sí", proporcione los detalles en hoja separada que deberá adjuntar con este formulario

S N

B) ¿Estuvo el paciente hospitalizado? **Si la respuesta es "Sí"**, por favor completar lo siguiente:

NOMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO

PAÍS

NOMBRE DEL MÉDICO (QUIÉN AUTORIZÓ LA ADMISIÓN)

ESPECIALIZACIÓN

FECHA DE ENTRADA (M/D/A)

FECHA DE SALIDA (M/D/A)

S N

C) ¿El paciente recibió cirugía? **Si la respuesta es "Sí"**, indique qué tipo de cirugía

LUGAR DE LA CIRUGÍA

LUGAR

- Hospital, servicio interno
 Hospital, servicio ambulatorio
 Otro lugar _____

FECHA DE LA CIRUGÍA (M/D/A)

S N

D) ¿Ha adjuntado la(s) factura(s) por el servicio médico recibido?

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del médico que ordenó el servicio médico:

NOMBRE DEL MÉDICO

E) Indique los diagnósticos, los síntomas, la enfermedad o lesión por los cuales está presentando este reclamo:

DIAGNÓSTICO(S)

SÍNTOMA(S)

ENFERMEDAD/LESIÓN

FECHA EN QUE COMENZÓ EL PRIMER SÍNTOMA (M/D/A)

FECHA EN QUE VIÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ÉSTA RAZÓN (M/D/A)

☐ FACTURAS

¿En qué moneda se presentan las facturas? _____
Adjunte y enumere a este formulario los originales de las facturas suministradas por el proveedor:

1. NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – DESDE (M/D/A)	
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – HASTA (M/D/A)	COSTO
2. NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – DESDE (M/D/A)	
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – HASTA (M/D/A)	COSTO
3. NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – DESDE (M/D/A)	
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – HASTA (M/D/A)	COSTO
4. NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – DESDE (M/D/A)	
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – HASTA (M/D/A)	COSTO
5. NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – DESDE (M/D/A)	
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO – HASTA (M/D/A)	COSTO

TOTAL DE TODOS LOS CARGOS
POR LOS CUALES SE SOLICITA EL REEMBOLSO
(INDICAR EL MONTO EN LA MONEDA EN QUE
SE PRESENTAN LAS FACTURAS)

☐ AUTORIZACIÓN

Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, agencia gubernamental de salud, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficios del empleador, y/o compañía de control de calidad que proporcione 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.

Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por Best Doctors Insurance Limited (la 'Aseguradora'), para evaluar un reclamo de beneficios médicos, y que yo, o mi representante legal autorizado, recibiremos una copia de esta autorización si así lo solicito. La información obtenida no deberá proporcionarse a ninguna persona u organización EXCEPTO las compañías de reaseguro, a mi agente de registro, o cualquier otra entidad que realice trabajos contractuales o servicios legales para la Aseguradora, con referencia a este reclamo.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA (M/D/A)

FECHA (M/D/A)

☐ SELECCIONE LA FORMA EN QUE PREFERE SU REEMBOLSO

Cheque

Transferencia bancaria (sólo en bancos establecidos en los Estados Unidos. Incluir copia de un cheque anulado)

Yo, _____,
autorizo a Best Doctors Insurance Limited, a depositar los fondos correspondientes al reembolso por motivo de reclamos y entiendo que los cargos que esta transacción pudiera generar son de mi total responsabilidad.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (M/D/A)

☐☐☐ ¿CUÁNDO REALIZO UNA NOTIFICACIÓN?

Emergencia: Notificar a Best Doctors durante las primeras **48 horas**.

Procedimientos electivos/Hospitalización/Cirugía ambulatoria/Exámenes de diagnóstico/
Otros servicios: Notificar a Best Doctors **72 horas** antes de recibir los servicios médicos.

Usted será responsable por el 30% de todos los gastos médicos cubiertos de no notificar a Best Doctors. Centro de Notificación 24 horas al día, 7 días a la semana.

☐☐☐ ¿CÓMO REALIZO UNA NOTIFICACIÓN?

Todas las personas aseguradas por Best Doctors Insurance Limited poseen una tarjeta de identificación del seguro. Esta tarjeta contiene la información necesaria para realizar la notificación.

Llame a nuestro Centro de Notificación con la siguiente información:

- ◆ Nombre del paciente
- ◆ Fecha de nacimiento
- ◆ Número de póliza
- ◆ Diagnóstico (si lo tiene disponible)
- ◆ Tratamiento propuesto
- ◆ Tiempo aproximado de estadía
- ◆ Historial médico
- ◆ Honorarios médicos y costo estimado

☐☐☐ ¿A DÓNDE ENVIAR LAS FACTURAS DE UN RECLAMO?

Best Doctors Claims Center
5301 Blue Lagoon Drive, Suite 620
Miami, Florida 33126

☐☐☐ ¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UN RECLAMO?

El proceso a seguir:

Por favor envíe la siguiente información:

- ◆ Desglose de las facturas originales (fotocopias no serán aceptadas)
- ◆ El historial médico que Best Doctors considere necesario
- ◆ Reporte policial disponible (si fuera el caso)