

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO



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

- 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.

**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 Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana  
Tel: (809) 955 2555 • bupadominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com

### USA Medical Services • Servicio de emergencia las 24 horas

Tel. +1 (305) 275 1500 • Fax +1 (305) 275 1518 • Gratis +1 (800) 726 1203 • usamed@usamedicalservices.com

## 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. 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)

## 3. 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
-----------------------	------------------

## 4. MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR SU REEMBOLSO (MARQUE CON UN )

<input type="checkbox"/> Por favor enviar un cheque
<input type="checkbox"/> Por favor depositar el reembolso en mi cuenta bancaria en los EE.UU.
<input type="checkbox"/> Por favor depositar el reembolso en mi cuenta bancaria fuera de los EE.UU.

## 5. 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	Número de cuenta	

## 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

Periodo 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

Firma y sello

Fecha

DD / MM / AA

No. de registro/  
licencia

Correo electrónico

Teléfono

## 9. 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				
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.

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 Dominicana, S.A. y 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, la Oficina de Información Médica (MIB), 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 Dominicana. S.A.  
Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini  
Santo Domingo, República Dominicana  
bupadominicana@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
Nombre del paciente	Apellido	Nombre	Inicial

### Bupa Dominicana. S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana  
Tel: (809) 955 2555 • bupadominicana@bupalatinamerica.com • www.bupalud.com

### USA Medical Services • Servicio de emergencia las 24 horas

Tel. +1 (305) 275 1500 • Fax +1 (305) 275 1518 • Gratis +1 (800) 726 1203 • usamed@usamedicalservices.com