

Este Formulario de Reclamos solo debe ser utilizado si el proveedor no envió previamente una solicitud de reembolso directamente a VUMI o VIP Universal Medical Insurance Group, Limited y sus subsidiarias o afiliadas en su nombre. Envíe este formulario junto con las facturas o recibos con los montos desglosados, diagnósticos y prescripciones médicas a la dirección de correo electrónico indicada abajo. VUMI o VIP Universal Medical Insurance Group, Limited y sus subsidiarias o afiliadas deben recibir los reclamos dentro de los 180 días posteriores al primer día de tratamiento.

Sección I. Información del Asegurado

1. Apellido(s):	2. Nombre(s):
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Número de póliza:	4. Dirección de residencia actual, ciudad, país y código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Correo electrónico:	6. Número de teléfono:
<input type="text"/>	+ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Nombre completo del paciente:	
<input type="text"/>	

Sección II. Información del Reclamo

1. Diagnóstico:		<input type="text"/>	
2. Síntomas principales:	<input type="text"/>		3. Fecha de los primeros síntomas:
<input type="text"/>	<input type="text"/>		M M / D D / A A A A
4. Tratamiento previo:	<input type="text"/>		5. Fecha de la primera consulta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>		M M / D D / A A A A
6. Tratamiento o procedimiento previsto y diagnóstico:	<input type="text"/>		7. Fecha del parto (si aplica):
<input type="text"/>	<input type="text"/>		M M / D D / A A A A
8. ¿Existe un diagnóstico y/o tratamiento previo para la misma u otra condición relacionada?		Sí	No
9. Si la respuesta es "Sí", indique fechas, resultados, tipo de tratamiento, medicamentos prescritos y nombre del médico y/u hospital:			
<input type="text"/>			

¿FUE LA ENFERMEDAD O LESIÓN, DE CUALQUIER FORMA, RESULTADO DE:

10. La profesión del paciente?	Sí	No
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Un accidente de automóvil?	Sí	No
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si la respuesta es Sí, proporcione detalles incluyendo la fecha del accidente:	<input type="text"/>	

¿EL PACIENTE TAMBIÉN TIENE COBERTURA DE:

13. Otro plan de seguro de salud?	Sí	No
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Un accidente de cualquier tipo?	Sí	No
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Si la respuesta es Sí, proporcione el nombre y la dirección de la otra aseguradora:	<input type="text"/>	

16. Información médica adicional / Otros comentarios:

INFORMACIÓN DEL MÉDICO / HOSPITAL:

1. Nombre del médico / departamento / proveedor:	2. Número de teléfono:
<input type="text"/>	+ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Dirección:	4. Número de teléfono alterno:
<input type="text"/>	+ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Firma del médico:	7. Correo electrónico:
X.....	<input type="text"/>

Sección II. Información del Reclamo

(continuación)

PARA PROCESAR EL RECLAMO, ADJUNTE LOS RECIBOS DE PAGO

FECHA DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DE CADA SERVICIO Y/O MEDICAMENTO PRESCRITO	MONEDA	CANTIDAD
M M / D D / A A A A		US\$ Otro:	
M M / D D / A A A A		US\$ Otro:	
M M / D D / A A A A		US\$ Otro:	
M M / D D / A A A A		US\$ Otro:	
M M / D D / A A A A		US\$ Otro:	
M M / D D / A A A A		US\$ Otro:	
M M / D D / A A A A		US\$ Otro:	
CANTIDAD TOTAL PAGADA POR EL PACIENTE:		US\$ Otro:	
CANTIDAD TOTAL QUE SE LE DEBE AL PROVEEDOR:		US\$ Otro:	

Sección III. Información del Reembolso

Realizar el pago al:

Asegurado

Proveedor

MÉTODO DE PAGO

Dirección del asegurado proporcionada en la Sección I

Otra dirección postal: _____

Cheque electrónico (por favor adjunte una copia del cheque anulado de su cuenta)

Cheque personal

Aplicar el reembolso a la prima

Transferencia bancaria (para bancos dentro o fuera de EE. UU.)

Nombre del banco: _____

Titular de la cuenta: _____

Número de cuenta: _____

Número de ruta, ABA, código SWIFT, código BIC, código IBAN u otro: _____

Dirección del banco: _____

Acepto y doy mi consentimiento a VUMI o VIP Universal Medical Insurance Group, Limited y sus subsidiarias y afiliadas a enviar u obtener información sobre mi salud a/de un equipo médico autorizado, hospitales, clínicas de salud, autoridades de salud pública, aseguradoras, la Oficina de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés) e instituciones similares, para demostrar la veracidad de este reclamo. Este consentimiento sólo aplica para las enfermedades, lesiones y diagnósticos indicados.

Declaro que la información proporcionada por mí es verdadera, completa y proporcionada de buena fe. La información falsa o incorrecta puede resultar en la cancelación de la póliza de seguro. Acepto pagar por los daños causados por errores en la información proporcionada por mí.

Firma del asegurado:

X _____

Fecha:

M M / D D / A A A A

Envíe este Formulario de Reclamos con facturas y/o recibos a reclamos@vumigroup.com.

Por favor recuerde lo siguiente:

- Siempre que sea posible, envíe los documentos individualmente escaneados a color. Adjunte los recibos pagados por el asegurado.
- Envíe solo un correo electrónico por reclamo que incluya el nombre del paciente y el número de póliza en el asunto del correo electrónico.
- Asegúrese de que cada recibo sea enviado con el reporte médico correspondiente, las notas clínicas o las notas de alta del hospital.
- VUMI acusará recibo del correo electrónico tan pronto como sea recibido. Si no recibe esta confirmación, vuelva a enviar el correo electrónico o busque otra forma de enviar la información (a veces su correo electrónico puede que tenga restricciones de tamaño y/o peso para la información que está enviando).
- Los reclamos deben ser enviados y recibidos dentro de los primeros ciento ochenta (180) días después de la fecha del tratamiento o servicio médico. Si la información no es recibida dentro del período establecido, el reclamo no será cubierto.