Formulario de Reclamación

Best Doctors®
BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

Por favor asegúrese de:

- Completar un formulario por evento, por miembro familiar que solicita un reembolso.
- Enviar y completar este formulario en su totalidad junto con la información correspondiente dentro de 180 días desde la fecha de servicio.
- Enviar las facturas originales detallando todos los servicios recibidos así como los recibos de pagos por los gastos incurridos.
- Para reclamos por servicios dentro de los EEUU se debe enviar el formulario para solicitar información médica directamente al proveedor.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO PRINCIPAL

NÚMERO DE CONTRATO

DETALLES DEL DIAGNÓSTICO / ACCIDENTE

Este formulario será válido como Reporte Médico si incluye la información médica completa y es firmado y sellado por el médico tratante.
Si se requiere de espacio adicional, por favor envíe un Reporte Médico completo.

DIAGNÓSTICO O TIPO DE ACCIDENTE
(EN CASO DE ACCIDENTE, INCLUIR UN REPORTE POLICIAL)

FECHA DEL PRIMER SÍNTOMA O ACCIDENTE(MM/DD/AAAA)

HA TENIDO SÍNTOMAS SIMILARES CON ANTERIORIDAD? ☐ ☐

FECHA (MM/DD/AAAA)

TRATAMIENTO RECIBIDO E INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN, POR FAVOR PROVEA EL NOMBRE DEL HOSPITAL

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

TELÉFONO DEL PROVEEDOR

DATOS SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS

FECHAS DE SERVICIOS		DETALLES SOBRE TRATAMIENTOS, ASISTENCIA PRESTADA E INSUMOS MÉDICOS	MONEDA	IMPORTE
DESDE	HASTA			
		IMPORTE TOTAL		
		IMPORTE PAGADO POR EL AFILIADO		

Continúa al dorso

DATOS SOBRE MEDICINA PRESCRITA

NOMBRE DE LA MEDICINA	DIAGNÓSTICO	FECHA	NOMBRE DEL MÉDICO	MONEDA	IMPORTE
			IMPORTE TOTAL		
			IMPORTE PAGADO POR EL AFILIADO		

INFORMACIÓN DE ALGÚN SEGURO MÉDICO U OTRO PLAN MÉDICO

¿Ha hecho Ud. o está haciendo alguna solicitud de reembolso relacionada con el servicio anexado a otra compañía de seguros o plan médico?

☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, por favor anexar una copia de la Explicación de Beneficios de la otra cobertura médica, copia de las facturas y reportes médicos.

INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

YO AUTORIZO PARA QUE LOS PAGOS REALIZADOS POR BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA SE REALICEN MEDIANTE TRANSFERENCIA A LA ENTIDAD AFILIADA AL SISTEMA AUTOMÁTICO DE PAGOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN BANCARIA ABAJO INDICADA ES CORRECTA.

NOMBRE EN LA CUENTA BANCARIA

C.I. / RUC EN LA CUENTA BANCARIA

NOMBRE DEL BANCO

NÚMERO DE CUENTA

TIPO DE CUENTA

☐ CORRIENTE ☐ AHORROS

Personas Naturales
Agregar fotocopia legible de Cédula

Importante: Para poder realizar su proceso de reembolso, la cuenta bancaria proporcionada deberá ser una cuenta bancaria de Ecuador.

AUTORIZACIÓN

YO, ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO SE AJUSTA A LA VERDAD.

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO PRINCIPAL O PADRE /TUTOR
(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

CÉDULA

FECHA (MM/DD/AAAA)

FECHA (MM/DD/AAAA)

POR FAVOR ESCRIBIR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Best Doctors®
BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

El contrato es emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada , compañía registrada en Ecuador.

Llamada de Cobro Revertido 1 305 269 2521
Llamada Gratuita dentro de los EE.UU. 1 866 902 7775
Llamada dentro de Ecuador 045028000