



## COMO PRESENTAR UN RECLAMO DE SEGURO DE SALUD

CONSIDERANDO QUE "BUPA ECUADOR S.A." HA CONTRATADO LA ADMINISTRACION DE BENEFICIOS Y RECLAMOS DE SUS PLANES CON LA COMPAÑIA "USA MEDICAL SERVICES INC.", LA QUE ES PARTE DEL MISMO CONSORCIO INTERNACIONAL "BUPA GROUP", EL ASEGURADO DEBE CONTACTAR A "USA MEDICAL SERVICES" POR LO MENOS 72 HORAS ANTES DE RECIBIR CUALQUIER CUIDADO MÉDICO. DE IGUAL MODO CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA DEBE SER REPORTADO DENTRO DE LAS PRIMERAS 48 HORAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

SI EL ASEGURADO NO CONTACTA A USA MEDICAL SERVICES DENTRO DE LO ESTABLECIDO, EL ASEGURADO SERA RESPONSABLE POR EL 30% DE TODOS LOS GASTOS MEDICOS RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, EN ADICIÓN AL DEDUCIBLE Y AL COASEGURO (SI ES APLICABLE).

En caso de una enfermedad, los documentos a enviarse son :

1. Formulario de Reclamación firmado y completado en su totalidad.
2. Copia de la historia clínica.
3. Si se trata de una cirugía o biopsia, se necesitará un reporte de patología.
4. Todas las facturas originales de todos los gastos médicos incurridos.
5. Facturas de laboratorio, incluyendo los detalles de los análisis efectuados y sus costos.
6. Facturas de farmacia, incluyendo un listado detallado de todos los medicamentos adquiridos.
7. Si usted tiene otra póliza de seguro médico, el reclamo debe ser procesado primeramente por dicha póliza y luego deberá presentarse el finiquito original correspondiente, junto con una copia de todas las facturas de gasto que fueron presentadas a la primera aseguradora.
8. Certificado de estudiante de tiempo completo (solamente para asegurados entre 19 y 24 años de edad).

En caso de un accidente, por favor enviarnos:

1. Formulario de Reclamación firmado y completado en su totalidad
2. Copia de la historia clínica.
3. Todas las facturas originales de todos los gastos médicos incurridos.
4. En caso de traumatismos o fracturas, enviar radiografías y reporte de la sala de emergencias donde fue atendido el paciente.
5. En caso de un accidente de tránsito, se necesitará el reporte policial (en caso de que no exista, se requiere una carta explicando lo sucedido), además se requiere el finiquito del reclamo a la compañía aseguradora del vehículo. Si los gastos médicos no están cubiertos bajo esta póliza, se requiere una carta de la compañía aseguradora certificando esta situación. Si el asegurado no tiene seguro de automóvil, se requiere una carta explicando lo mismo.

**Nota Importante :** Recuerde que debe remitir las facturas por servicios médicos pagados por usted, dentro de los siguientes 120 días después de iniciarse el tratamiento o servicio. Es muy importante enviar todos los documentos necesarios para poder procesar el reclamo inmediatamente.

**"LA FALTA DE CUALQUIER DOCUMENTO DESCRITO ANTERIORMENTE AL MOMENTO DE PRESENTAR SU RECLAMO, REPRESENTARÁ UNA DEMORA EN EL PROCESO O HASTA LA DECLINACIÓN DEL MISMO".**



**USA  
MEDICAL  
SERVICES**

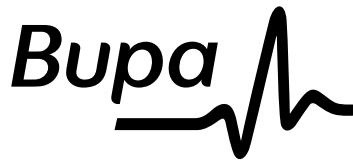
A member of the **BUPA** group

### OFICINAS PRINCIPALES

7001 Southwest 97th Ave.  
Miami, Florida 33173, USA  
Tel: (305) 275-1500  
Fax: (305) 275-8555

### OFICINAS EN ECUADOR

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú  
Edificio San Salvador - Piso 4  
Tel : (593-2) 3965600  
Fax: (593-2) 3965650  
Quito - Ecuador



## Seguro de Asistencia Médica Formulario de Reclamación

NUMERO DE LA POLIZA \_\_\_\_\_

FAVOR COMPLETAR ESTE FORMULARIO CON LETRA IMPRENTA

### SECCION 1 (DEBERÁ SER COMPLETADA EN SU TOTALIDAD POR EL ASEGURADO)

1. NOMBRE DEL TITULAR			APELLIDOS			NOMBRES			2. STATUS LEGAL SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> LEGALMENTE <input type="checkbox"/>				3. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO			
4. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO																
5. NOMBRE DEL PACIENTE			APELLIDOS			NOMBRES			6. PARENTESCO CON EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> HIJO/A SOLTERO/A				7. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DÍA MES AÑO			
8. SI LA RECLAMACIÓN ES PARA UN HIJO DEPENDIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD O MAYOR. ¿ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						9. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DE EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA UNIVERSIDAD (PROVEER COPIA DEL CERTIFICADO DE ESTUDIANTE).										
10. INDOLE DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN. SI ES UNA LESIÓN, INDIQUE CÓMO Y DÓNDE SUCEDIÓ (POR FAVOR PROVEER COPIA DEL HISTORIAL MÉDICO)										SI ES UNA LESIÓN, INDIQUE FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ DÍA MES AÑO _____ A.M. _____ P.M.						
11. ¿HA TENIDO EL PACIENTE SINTOMAS SIMILARES EN OTRAS OCASIONES? <input type="checkbox"/> SI (POR FAVOR PROVEER HISTORIAL MEDICO) <input type="checkbox"/> NO				12. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA DÍA MES AÑO			13. FECHA EN QUE LOS PRIMEROS SINTOMAS SE MANIFESTARON DÍA MES AÑO			14. FECHA EN QUE SE CONSULTÓ UN MÉDICO PARA ESTA ENFERMEDAD DÍA MES AÑO						
15. ¿FUE USA MEDICAL SERVICES PRE-NOTIFICADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			16. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA DÍA MES AÑO			17. A HECHO USTED PAGOS POR LOS SERVICIOS MÉDICOS RECIBIDOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			18. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE LA CANTIDAD PAGADA (PROVEER FACTURAS ORIGINALES) US \$ _____							
19. NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE						20. DIRECCIÓN DEL MÉDICO TRATANTE										

### AUTORIZACIÓN

El original o una fotocopia de esta reclamación firmada, autoriza a cualquier médico profesional, hospital u otra institución de cuidados médicos, organización respaldada por una compañía de seguros, farmacia, agencia de gobierno, tenedor de póliza de grupo, patrono o administrador de plan de beneficios a otorgar a BUPA ECUADOR S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros o a su agente, abogado, o su compañía Administradora de Reclamos (en caso de existir), la información referente a las recomendaciones, cuidado médico, propuesto cuidado médico, tratamiento o certificación previa de hospitalización hecha a mi persona, mi cónyuge o mis hijos. Esta incluirá información relacionada con una enfermedad mental, uso de drogas o de alcohol. También autoriza a cualquier patrono tenedor de póliza de grupo de administrador de plan de beneficios a proveer a BUPA ECUADOR S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, información relacionada con mi trabajo o información financiera relacionada con mi persona, mi cónyuge o mis hijos.

Entiendo que la información obtenida con esta autorización será utilizada por BUPA ECUADOR S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros para evaluar una reclamación de beneficios de seguro y entregaré a cualquier representante una copia de esta autorización al pedirla. La información obtenida no será divulgada a ninguna persona u organización EXCEPTO a las compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que realicen negocios o provean servicios legales a la Compañía, relacionados con la reclamación.

Esta autorización es válida por un período de doce (12) meses desde la fecha en que se firma y durante el tiempo que dure el reclamo.

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ (Si es mayor de 18 años)

Nota: Asegurese que su médico o administrador de servicios complete el otro lado.

