

CORPORATE CARE FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO



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

- Por favor asegúrese que su proveedor complete la sección 2 (médico tratante), la sección 3 (hospital) y/o la sección 4 (otros proveedores), incluyendo el nombre completo, la dirección y el número de identificación tributaria.**
- 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.

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.
- 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.

LA SOLICITUD DE REEMBOLSO PUEDE SER DENEGADA SI LAS SECCIONES 2, 3 Y 4 NO HAN SIDO COMPLETADAS.

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 Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • www.bupalud.com • panama@bupalatinamerica.com

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre completo	Apellido	Nombre	Inicial	ID del asegurado(a)	
Fecha de nacimiento	Día/Mes/Año	Correo electrónico			
Dirección					
Teléfono residencial				Teléfono trabajo	
Teléfono celular				Fax	

¿Tiene alguna otra cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la lesión/enfermedad	Día/Mes/Año
Por favor indique el nombre de la compañía de seguro		
¿Está la condición relacionada con un accidente de auto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", describa brevemente el accidente y proporcione cualquier reporte que se haya emitido.		
Razón por la cual buscó atención médica	Fecha de su primera consulta médica con referencia a esta condición	Día/Mes/Año
¿Ha efectuado ya algún pago por los servicios prestados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", indique la cantidad	Moneda	Cantidad

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.

Ni la Aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

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 Panamá, S.A. y sus filiales en Miami (colectivamente "Bupa") podrán necesitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento y cualquier otra información médica o farmacéutica 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, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa, sus Asociados de Negocios, o sus representantes designados (colectivamente denominados "Entidades de Bupa"), 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 Privacy Office

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá

Privacyoffice@bupalatinamerica.com

He revisado y entiendo el contenido y el objetivo de esta confirmación y autorización. Al firmar confirmo que las decisiones arriba indicadas reflejan fielmente mis deseos.

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 indicada reflejan fielmente mis deseos.

Firma del asegurado principal		Fecha	Día/Mes/Año
Firma del paciente (si tiene 18 años o más)		Fecha	Día/Mes/Año

2. PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

¿Es usted el médico principal del paciente? Sí No

Si respondió "Sí" por favor firme abajo y proporcione su nombre y dirección. Si no, por favor proporcione el nombre del médico tratante.

Médico principal/tratante		Identificación Tributaria No.	
Dirección			
Firma y sello		Fecha	Día/Mes/Año
		Registro o Licencia No.	
Correo electrónico		Teléfono	

3. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital		Identificación Tributaria No.	
Dirección			
Período de la hospitalización	De	Día/Mes/Año	A
			Día/Mes/Año

4. OTROS PROVEEDORES

Nombre del proveedor		Identificación Tributaria No.	
Dirección			
Teléfono		Fecha	Día/Mes/Año

5. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre completo		Fecha de nacimiento	Día/Mes/Año	
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) dependiente			
Fecha de la lesión/enfermedad	Día/Mes/Año	Fecha de la primera consulta médica por esta condición	Día/Mes/Año	
Describa en detalle los procedimientos, servicios o suministros médicos proporcionados en cada fecha específica. Por favor sea específico en cuanto al tratamiento proporcionado. No se deberá utilizar el término "tratamiento médico".				
Fecha del servicio	Diagnóstico o naturaleza de la lesión/enfermedad	Tratamiento/servicio	Moneda	Cargos
Día/Mes/Año				
Día/Mes/Año				
Día/Mes/Año				
Día/Mes/Año				
Día/Mes/Año				
Día/Mes/Año				
Día/Mes/Año				
Día/Mes/Año				
Total de cargos				
Cantidad pagada por el asegurado				
Cantidad pagada por otra aseguradora				
Balance pendiente por pagar al proveedor médico				

Firma del médico o proveedor		Fecha	Día/Mes/Año
Nombre del médico o proveedor			

6. AUTORIZACIÓN PARA PAGO ELECTRÓNICO DE RECLAMACIONES

Yo,		ID del asegurado	
AUTORIZO a Bupa Panamá, S.A. a depositar en mi cuenta bancaria los fondos correspondientes a reembolsos de reclamaciones, según la siguiente información (por favor adjunte una boleta de depósito que muestre su número de cuenta):			
Titular de la cuenta			
Número de cuenta		<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro
Nombre del banco beneficiario			
Número ABA (transferencia ACH) (bancos en los EE.UU.)		Código SWIFT (bancos fuera de los EE.UU.)	
Número de la agencia bancaria			
Dirección e información adicional de la agencia bancaria			
Cuenta final (si corresponde)			
Nombre			
Banco intermediario (Completear para transferencia a bancos beneficiarios fuera de los EE.UU)			
Nombre del banco			
Número de cuenta		ABA/SWIFT	
Dirección			
Comentarios			

Firma del asegurado principal		Fecha	Día/Mes/Año
-------------------------------	--	-------	-------------