



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) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ SEPARADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ LEGALMENTE ☐			3. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO		
4. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO														
5. NOMBRE DEL PACIENTE			APELLIDOS			NOMBRES			6. PARENTESCO CON EL ASEGURADO ☐ CONYUGE ☐ 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? ☐ SI ☐ 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? ☐ SI (POR FAVOR PROVEER HISTORIAL MEDICO) ☐ 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? ☐ SI ☐ NO			16. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA DÍA MES AÑO		17. A HECHO USTED PAGOS POR LOS SERVICIOS MÉDICOS RECIBIDOS? ☐ SI ☐ 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.

SECCION 2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO).

1. NOMBRE DEL PACIENTE		APELLIDOS		NOMBRES		2. TIENE EL PACIENTE OTRO SEGURO DE SALUD - ESCRIBA EL NOMBRE DEL ASEGURADO, NOMBRE DEL PLAN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA Y EL NÚMERO DE LA PÓLIZA O EL TELÉFONO DE ASISTENCIA MÉDICA.	
3. ¿TUVO RELACIÓN LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN CON:						5. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS AL MÉDICO QUE FIRMA ABAJO O A LA INSTITUCIÓN QUE OTORGA LOS SERVICIOS DESCRITOS ABAJO.	
A. EL TRABAJO DEL PACIENTE? ☐ SI ☐ NO							
B. UN ACCIDENTE DE AUTOMOVIL? ☐ SI ☐ NO (POR FAVOR PROVEER REPORTE POLICIACO)							
4. FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA (LEER AL DORSO ANTES DE FIRMAR) AUTORIZO LA CESIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR LA RECLAMACIÓN Y PIDO QUE EL PAGO DE LOS BENEFICIOS SEA OTORGADO A MI O A LA PERSONA O INSTITUCIÓN QUE ACEPTÉ LA ASIGNACIÓN (ABAJO).						FIRMA (ASEGURADO O PERSONA AUTORIZADA)	
FIRMA						FECHA	

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O LA ENTIDAD QUE HA PRESTADO SERVICIOS (ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO).

6. FECHA DEL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD (PRIMER SINTOMA) O DEL ACCIDENTE O DEL EMBARAZO			7. FECHA EN QUE SE LE CONSULTO PRIMERO PARA ESTA CONDICIÓN			8. ¿HA TENIDO EL PACIENTE SINTOMAS PREVIOS SIMILARES?		
Día Mes Año			Día Mes Año			☐ sí ☐ NO		
9. NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIRIO AL PACIENTE						10. PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON HOSPITALIZACIÓN, INDIQUE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN		
						Día Mes Año		
						DESDE HASTA		
11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CENTRO DONDE EL PACIENTE FUE ATENDIDO						12. ¿SE LE HIZO EXÁMENES DE LABORATORIO FUERA DE SU OFICINA?		
						☐ sí ☐ NO CARGOS:		
13. DIAGNOSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O DEL ACCIDENTE (RELACIONAR EL DIAGNÓSTICO CON EL PROCEDIMIENTO EN LA COLUMNA D DEL PARAFO 14. REFERIENDOSE A LOS NÚMEROS 1, 2, 3, ETC. AL CÓDIGO DX.)								
1.								
2.								
3.								
4.								

14. A. FECHA DEL SERVICIO	B. LUGAR DEL SERVICIO* (CÓDIGO)	C. DESCRIBIR PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS Y MATERIALES PROVISTOS EN CADA UNA DE LAS FECHAS INDICADAS (ESPECIFIQUE SERVICIOS O CIRCUNSTANCIAS IRREGULARES)	D. CÓDIGO DEL DIAGNÓSTICO	E. CARGOS

15. FIRMA DEL MÉDICO O SUMINISTRADOR DE SERVICIOS		16. ¿ACEPTA LA ASIGNACIÓN DE PAGO? ☐ sí ☐ NO		17. CARGO TOTAL		18. CANTIDAD PAGADA		19. BALANCE	
FIRMA		FECHA		20. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		21. NOMBRE DEL MÉDICO O SUMINISTRADOR DE SERVICIOS, DIRECCIÓN, CIUDAD, PAIS, ZONA POSTAL Y NO. DE TELÉFONO.			
22. NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE		23. NÚMERO DE LICENCIA DEL MÉDICO O LA ENTIDAD SUMINISTRADORA DE SERVICIOS		NÚMERO DE TAX I.D.					

* CÓDIGO PARA LUGAR DE SERVICIO	3. OFICINA DEL MÉDICO (O)	7. CASA DE RETIRO (NH)	O. OTRA LOCALIDAD (OL)
1. PACIENTE INGRESADO EN EL HOSPITAL (IH)	4. HOGAR DEL PACIENTE (H)	8. CENTRO DE CUIDADOS ESPECIALES (SNF)	A. LABORATORIO INDEPENDIENTE (IL)
2. PACIENTE ATENDIDO EN EL HOSPITAL PERO NO INGRESADO (OH)	5. CLÍNICA DIURNA (PSYO)	9. AMBULANCIA	B. OTRO CENTRO MÉDICO O DE CIRUGÍA
	6. CLÍNICA NOCTURNA (PSY)		