



# Formulario de Reclamo

## 1 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (para ser completada por el Asegurado Principal)

1. Nombre del Asegurado Principal		Número de Póliza	Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre	Inicial	mes / día / año
Dirección: _____			
Correo electrónico: _____			
2. Nombre del Paciente			Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre	Inicial	mes / día / año
Relación con el Asegurado Principal <input type="radio"/> El mismo <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo dependiente			
¿Tiene alguna otra cobertura de seguro médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Por favor indique el nombre de la compañía de seguro: _____		Fecha de la lesión/ enfermedad: mes / día / año	
¿Está la condición relacionada con: Un accidente automovilístico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (si respondió Sí, proporcione el Reporte Policial y el nombre/número de póliza de su seguro de auto.)			
Nombre: _____		No. de Póliza: _____	
Otro tipo de accidente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (si respondió Sí, proporcione una breve descripción del accidente y cualquier reporte que se haya generado como consecuencia del mismo.)			
Razón por la cual buscó atención médica: _____		Fecha de su primera consulta médica con referencia a esta condición: mes / día / año	
¿Ha efectuado ya algún pago por los servicios prestados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió Sí, moneda _____ cantidad _____			

### AUTORIZACIÓN

Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, por este medio yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, agencia gubernamental de salud, compañía de seguro, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficios del empleador, y/o compañía de control de calidad para proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona, mi cónyuge o mis dependientes (si son menores de edad), y cualquier y todo estado de cuenta de pagos pendientes. Por este medio yo autorizo al empleador o asegurado principal de grupo o al administrador del plan de beneficios del empleador para que proporcione a USA Medical Services (Administrador de Reclamos para Bupa Insurance Company) cualquier y toda información financiera o laboral relacionada con mi persona, mi cónyuge o cualquiera de mis dependientes (si son menores de edad). Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por USA Medical Services para evaluar un reclamo de beneficios médicos, y que yo, o mi representante legal autorizado, recibiré una copia de esta autorización si así lo solicito. La información obtenida no deberá proporcionarse a ninguna persona u organización EXCEPTO las compañías de reaseguro o cualquier otra entidad que realice trabajos contractuales o servicios legales para USA Medical Services con referencia a este reclamo.

Esta autorización será válida por un período de doce (12) meses a partir de la fecha en que ha sido firmada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Principal

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente  
(si tiene 18 años o más)

Por favor asegúrese de que su médico o proveedor complete la Sección 2 de este Formulario

**2 INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR (para ser completada por el Médico o Proveedor)**

**1. Información del Médico o Proveedor**

¿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 principal: \_\_\_\_\_

**2. Nombre del Paciente / Asegurado**

**Fecha de nacimiento**

Apellido	Nombre	Inicial		mes	día	año

**3. ¿Está relacionada esta condición con un accidente?**  Sí  No (si respondió Sí, por favor proporcione cualquier reporte pertinente en su poder.)

**4. Fecha de la lesión o enfermedad:** \_\_\_\_\_  
mes      día      año

**5. Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición:** \_\_\_\_\_  
mes      día      año

**6. Diagnóstico o naturaleza de la lesión o enfermedad**

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

**7. Para servicios prestados relacionados con una hospitalización, proporcione la fecha de:**

Admisión \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_  
mes      día      año                      mes      día      año

**8. 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 de servicio	Diagnóstico (indique el # según la casilla 6)	Tratamiento/Servicio
<small>mes      día      año</small>		
<small>mes      día      año</small>		
<small>mes      día      año</small>		
<small>mes      día      año</small>		
<small>mes      día      año</small>		
<small>mes      día      año</small>		

**9. Firma del Médico o Proveedor** \_\_\_\_\_

**10. Nombre y dirección del Médico o Proveedor:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### 3 Autorización para Pago Electrónico de Reclamos

Yo, \_\_\_\_\_, Póliza No. \_\_\_\_\_

AUTORIZO a USA Medical Services a depositar en mi cuenta bancaria los fondos correspondientes a reembolsos de reclamos.

**Información Bancaria**  
(Por favor adjuntar una hoja de depósito que muestre su número de cuenta)

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

Dirección del Banco \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

ABA # \_\_\_\_\_ SWIFT # \_\_\_\_\_

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Titular de la Cuenta \_\_\_\_\_

**Información Adicional, si es necesaria**

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

Dirección del Banco \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

ABA # \_\_\_\_\_ SWIFT # \_\_\_\_\_

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Titular de la Cuenta \_\_\_\_\_

**Comentarios**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes día año



Ofreciendo soluciones para seguro de  
salud en Latinoamérica y el Caribe.



Administración:  
7001 Southwest 97th Avenue  
Miami, Florida 33173  
Teléfono: +1 (305) 398-7400  
Fax: +1 (305) 275-8484  
[www.bupalatinamerica.com](http://www.bupalatinamerica.com)  
[bupa@bupalatinamerica.com](mailto:bupa@bupalatinamerica.com)