

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO



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

- El formulario de reembolso debe ser enviado en el plazo máximo de 90 días naturales a partir de la fecha de la asistencia.
- Recuerde firmar el Formulario de Solicitud de Reembolso.
- Complete todas las secciones del Formulario de Solicitud de Reembolso usando LETRAS MAYÚSCULAS.
- Complete un Formulario de Solicitud de Reembolso por cada paciente y cada hospitalización, servicio médico y moneda utilizada.
- 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 costes 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 un accidente de tráfico, incluya el informe de la policía y/o diligencias judiciales si las hubiera.

LA SOLICITUD DE REEMBOLSO PUEDE SER DENEGADA SI NO HA SIDO COMPLETADA EN SU TOTALIDAD.

SI COMPLETA TODA LA INFORMACIÓN EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO Y ENVÍA TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, SU REEMBOLSO SERÁ PROCESADO MÁS RÁPIDAMENTE.

Sanitas en alianza con Bupa Global

Administración • 17901 Old Cutler Road, Suite 400 • Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 275-3439 • Fax +1 (305) 275 8484 • www.bupalatinamerica.com • sanitas@bupalatinamerica.com

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL									
Nombre completo	Apellido	Nombre	Inicial	Número de póliza					
Correo electrónico									
Teléfono	Teléfono móvil								

2. SOLICITUD DE REEMBOLSO CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA			
En relación con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ¿ha tramitado alguna solicitud de reembolso con otra compañía aseguradora o plan de beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la compañía			Número de póliza

3. DETALLES DE REEMBOLSO		
En que país tuvo lugar el tratamiento médico?		
En que moneda figuran los importes?		
Cual es la cuantía total de reembolso?		

4. SOLO PARA ACH			
Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro	Número de Cuenta		
Titular de la cuenta			
Número de Cuenta	No. ABA (transferencia ACH)	Sólo para bancos en los EE.UU.	

5. SOLO PARA TRANSFERENCIAS BANCARIAS						
5A. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO						
Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro	Número de Cuenta					
Titular de la cuenta						
No. SWIFT/CHIPS				No. LAN		
Nombre del banco						
Dirección	Código postal	Ciudad	País			

5B. *SOLO PARA TRANSFERENCIAS BANCARIAS INTERNACIONALES						
Nombre del banco						
Dirección	Código postal	Ciudad	País			
No. SWIFT/CHIPS				No. ABA		
Número de Cuenta						

6. INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Nombre completo	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	DD / MM / AA
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) <input type="checkbox"/> Otros				

7. DETALLES SOBRE EL DIAGNÓSTICO, LA ENFERMEDAD O EL ACCIDENTE			
¿Está relacionada esta solicitud de reembolso con un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió Sí, ¿fue causada la herida por un acto o responsabilidad de otra persona que no es el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Lugar donde ocurrió el accidente <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Diagnóstico, naturaleza de la enfermedad o tipo de accidente			
Fecha del primer síntoma o accidente	DD / MM / AA	Fecha de la primera consulta relacionada con el diagnóstico	DD / MM / AA
¿Ha sufrido síntomas similares anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo?		DD / MM / AA

8. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN			
Nombre del hospital			
Dirección			
Correo electrónico			Teléfono
Período de la hospitalización	De	DD / MM / AA	A
			DD / MM / AA

9. OTROS PROVEEDORES			
Nombre del proveedor			Identificación Tributaria No.
Dirección			
Teléfono			Fecha
			DD / MM / AA

10. DETALLES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO				
Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Moneda	Importe
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
Importe total				
Cantidad pagada por el asegurado				
Cantidad pagada por otra aseguradora				
Importe pendiente por pagar al proveedor médico				

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, u 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 Sanitas S.A. de Seguros, 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, y únicamente con respecto a la aseguradora, donde esto también sea prohibido por las leyes de España. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción al correo electrónico: sanitas@bupalatinamerica.com.

Por este medio, certifico que toda la información proporcionada en este Formulario de Solicitud de Reembolso es verdadera, fiel y está completa.

AVISO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Usa Medical Finalidad: Los datos personales recabados sobre usted y los restantes asegurados a través del presente formulario de reembolso serán tratados por Sanitas S.A de Seguros (en adelante Sanitas), y en su nombre por Usa Medical Services Corporation (en adelante Usa Medical), ambas compañías pertenecientes al Grupo BUPA con la finalidad de llevar a cabo la gestión de las coberturas aseguradas fuera de España garantizadas por la póliza de seguro de Sanitas en la que figura usted como asegurado, así como para procesar sus solicitudes de reembolso, enviar reembolsos, administrar la póliza, y, en su caso, detectar y prevenir tanto el fraude como las solicitudes de reembolso indebidas. Igualmente le informamos que los datos personales recabados en este documento y cualquier otro facilitado a Sanitas/Bupa con las finalidades indicadas podrán ser tratados por terceras entidades pertenecientes al Grupo Bupa tanto dentro como fuera del Espacio Económico Europeo (EEE), y en concreto en Estados Unidos, cumpliendo en todo caso con la normativa de protección de datos vigente.

Todos los datos recabados, aunque la solicitud efectuada no sea aceptada, quedarán registrados durante los plazos legales establecidos.

Confidencialidad: Sanitas y Bupa cumplen con las obligaciones de confidencialidad y seguridad establecidas por la legislación sobre protección de datos vigente, así como por las pautas de confidencialidad médica correspondientes. Toda correspondencia referente a su póliza será enviada al propio asegurado o al representante que éste designe para atender cualquier cuestión relacionada con el proceso de reembolso. Todas las personas aseguradas bajo la póliza pueden tener acceso a su respectiva correspondencia y a cualquier otro tipo de información pertinente que le concierna enviada por Sanitas/Bupa o a la que se pueda tener acceso en www.bupalatinamerica.com <<http://www.bupalatinamerica.com>>.

Información médica: Sanitas/Bupa puede obtener y tratar información sobre la salud y tratamientos médicos objeto de cobertura del titular o de los asegurados de la póliza, incluida la de los menores de edad que estén bajo su patria potestad, de aquellos profesionales médicos, Clínicas, Hospitales o Centros Médicos que hayan prestado servicios relacionados con su atención médica, así como en su caso de cualquier persona u organización que pueda ser responsable de cubrir los gastos de su tratamiento, o de cualquier otra persona o entidad que guarde relación directa o indirecta con la prestación médica objeto de cobertura asegurada por Sanitas y que Bupa considere necesario para la mejor prestación de los servicios.

Llamadas telefónicas: En el caso de que se produzcan llamadas telefónicas relacionadas con la solicitud de reembolso, le informamos expresamente que con el fin de mejorar continuamente nuestro servicio al cliente, su llamada podrá ser grabada y monitorizada.

Investigación: Bupa podrá tratar los datos obtenidos para finalidades de investigación, científicos o estadísticos, siempre que los mismos consten disociados y anonimizados en los sistemas, garantizando que se impide la identificación de la persona.

Fraude: La información obtenida y las llamadas telefónicas grabadas pueden servir de prueba para prevenir o detectar solicitudes de reembolso fraudulentas o reclamaciones indebidas.

Derechos en relación al tratamiento de sus datos personales: Le informamos que de conformidad con la legislación sobre protección de datos, podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando un correo electrónico a LOPD@sanitas.es <<mailto:LOPD@sanitas.es>>

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE SALUD

Por este medio confirmo (en mi nombre y el de mis dependientes) que he leído el Aviso de Protección de Datos arriba, y otorgo mi consentimiento explícito a Sanitas S.A de Seguros y en su nombre a Usa Medical y restantes entidades pertenecientes al Grupo Bupa (colectivamente "Bupa"), para tratar mi información personal y/o la de mis dependientes en la forma y con las finalidades indicadas. Acepto que toda la correspondencia sobre el seguro será enviada a la persona identificada como titular (pudiendo ser enviado a través de un intermediario).

Al presentar el original o una fotocopia de esta autorización firmada estoy autorizando a cualquier profesional médico, hospital, institución para cuidados médicos, proveedor de seguros, farmacia, agencia de salud gubernamental, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, administrador de plan de beneficios del empleador, y/o compañía de control de calidad para que entregue a Bupa cualquier información médica y sobre los tratamientos recibidos sobre mi persona y la de los asegurados menores de edad sobre los que tenga la patria potestad o tutela, así como cualquier estado de cuenta y cantidades por pagar.

Por este medio también autorizo a cualquier asegurado principal de grupo o administrador del plan de seguros del empleador para que proporcione a Bupa información financiera o de empleo sobre mi persona o aquellos asegurados respecto los que ostente la patria potestad o tutela siempre que se limite a los datos necesarios para la correcta ejecución del seguro.

Entiendo que la información autorizada en este documento será utilizada por Bupa para evaluar esta solicitud de reembolso para recibir los beneficios del 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 de conformidad y de acuerdo con la sección 45 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) §164.508. 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

17901 Old Cutler Road, Suite 400

Palmetto Bay, Florida 33157 USA

Privacyoffice@bupalatinamerica.com <<mailto:Privacyoffice@bupalatinamerica.com>> También puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con sus datos personales enviando su petición a SANITAS a la dirección de correo electrónico, LOPD@sanitas.es <<mailto:LOPD@sanitas.es>>.

En caso de estar representado por un mediador, 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 indicadas reflejan fielmente mis deseos.

Firma del tomador del seguro		Fecha	DD / MM / AA
Firma del paciente (si tiene 18 años o más)		Fecha	DD / MM / AA