

GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS



Esta solicitud es para ser completada por asegurados de Salud Global.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si tiene más comprobantes de pago, no es necesario enviar otra solicitud de reembolso. Sólo envíe los comprobantes de pago con una carta informando sobre la condición e instrucciones de pago. Si la condición continúa por más de seis meses, podríamos requerir que se complete una nueva solicitud de reembolso. Le informamos que no podremos devolver sus documentos originales. Sin embargo podemos proveerle copias si las necesita.

1. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO)

Número de póliza			
Nombre			
Apellido paterno			
Apellido materno			
Fecha de nacimiento		Edad	

Dirección de correspondencia

Edificio/Casa			
Calle			
Ciudad		Provincia	
País			
Correo electrónico			
Teléfono			

¿Es esta su dirección de residencia permanente? Sí No

¿Quiere que toda la correspondencia futura sea enviada a esta dirección? Sí No

¿Tiene una dirección de residencia en los Estados Unidos de América? Sí No

¿En qué país tuvo lugar el tratamiento?

¿En qué moneda se emitió el comprobante de pago?

¿Cuál es el monto total del siniestro?

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • bupadominicana@bupalatinamerica.com • www.bupalud.com

2. INFORMACIÓN MÉDICA
 (TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS POR EL MÉDICO ENCARGADO DEL TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE)

Información sobre el médico

Nombre	
Dirección	
Especialidad	
Diagnóstico	

Fecha inicial en la que el paciente notó los primeros síntomas

¿Cuándo vió el paciente por primera vez a un médico con referencia a este diagnóstico?

Detalles del tratamiento	

Detalles de la operación	

Detalles de los medicamentos recetados	

Tratamiento dental	<input type="checkbox"/> Chequeo anual	<input type="checkbox"/> Preventivo	<input type="checkbox"/> Restauración mayor
	<input type="checkbox"/> Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Tratamiento de emergencia o por accidente	

Detalles del tratamiento	

Fechas de hospitalización: Fecha de admisión		Fecha en que se le dio de alta	
---	--	--------------------------------	--

Nombre y dirección de hospital de admisión: Número de referencia	
---	--

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

Firma del médico/cirujano dental

Fecha

3. DETALLES DE PAGO

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Pago por medio de cheque

Los cheques de reembolso serán emitidos en dólares americanos y enviados por correo a la dirección física de correspondencia que se ha suministrado en la primera página.

Pago por transferencia electrónica de fondos a una cuenta bancaria

Nombre del banco	
Número de cuenta	
Nombre del propietario de la cuenta/pagadero a	
Información bancaria adicional	

4. CONFIDENCIALIDAD

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Con el fin de procesar su siniestro, podría ser necesario que solicitemos un reporte médico del especialista que le atendió. Para ello, necesitamos su consentimiento firmando la siguiente declaración.

Usted puede elegir una de las siguientes tres opciones:

1. Puede darnos su consentimiento sin necesidad de ver el reporte médico con anterioridad. El reporte será enviado por su médico directamente a Bupa Dominicana, S. A.

2. Puede darnos su consentimiento requiriendo ver el reporte médico antes que sea enviado a Bupa Dominicana, S. A., en cuyo caso tendrá 21 días a partir de que Bupa Dominicana, S. A. solicite el reporte para revisarlo. Si usted no contacta a su médico dentro de los 21 días de nuestra notificación, él/ella tiene la potestad de enviarnos dicho reporte directamente. Si por el contrario usted contacta a su médico para tener acceso a su reporte médico, usted deberá darle a su médico un consentimiento por escrito para que él/ella nos envíe dicho reporte.

Usted podrá pedir a su médico que cambie el reporte si usted considera que su información es confusa.

Si su médico rehúsa hacerlo, usted puede insistir en agregar sus propios comentarios en el reporte antes de ser enviado a Bupa Dominicana, S. A.

En el caso que decida darnos su consentimiento sin indicar que desea ver el reporte médico antes de que sea enviado a Bupa Dominicana, S. A. y luego cambia de parecer, puede contactar a su médico antes que dicho reporte sea enviado a Bupa Dominicana, S. A., en cuyo caso usted podrá verlo y pedirle a su médico que haga cambios o agregue sus comentarios antes que sea enviado, o no dar su consentimiento a que dicho reporte sea revelado.

3. Puede reservarse el derecho de no consentir la divulgación de su reporte médico, en cuyo caso puede ser que su reclamación no sea aceptada.

En caso que usted indique, o no, su decisión de tener acceso a su reporte médico antes que sea enviado a Bupa Dominicana, S. A., usted tiene el derecho de pedirle a su médico acceso a una copia de dicho reporte siempre y cuando lo solicite dentro de los primeros seis meses en los que el reporte nos fue suministrado.

Su médico tiene la potestad de no revelar la información, parcial o total, contenida en el reporte si: (a) considera que será perjudicial para usted, o (b) si dicha información indica sus intenciones con respecto a usted, o (c) dicho reporte revela la identidad de otra

persona sin su consentimiento (distinto a lo permitido por un especialista de la salud en su capacidad profesional en relación a su cuidado). Su médico podría requerir cargos razonables por sus servicios.

Con mi firma abajo autorizo y solicito a cualquier hospital, especialista, médico o cualquier otro proveedor de salud, que suministre a Bupa Dominicana, S. A. o un agente debidamente autorizado que actúe como representante de Bupa Dominicana, S. A., toda la información que Bupa Dominicana, S. A. o dicho agente necesite en relación con cualquier tratamiento u otros servicios suministrados a mi persona o a mi dependiente, con el propósito de que Bupa Dominicana, S. A. considere el reembolso correspondiente.

He sido notificado de mis derechos.

Indique aquí si usted desea tener acceso a una copia de su reporte médico antes de ser enviado a Bupa Dominicana, S. A.:

Sí

No

NOTIFICACIÓN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Propósito: Los datos personales recopilados sobre usted y personas adicionales cubiertas por la póliza, podrán ser utilizados por Bupa Dominicana, S. A. para procesar sus siniestros, administrar su póliza, hacer sugerencias sobre el tratamiento clínicamente apropiado, para la investigación y análisis y para detectar y prevenir el fraude o siniestros inapropiados.

Confidencialidad: La confidencialidad de la información del paciente y asegurado es de suma importancia para Bupa Dominicana, S. A. Para ello, Bupa Dominicana, S. A. cumple con la legislación correspondiente y los lineamientos de confidencialidad médica.

Información médica: La información médica se mantendrá confidencial. A menos que sea requerido o permitido por la ley, sólo será compartida con los involucrados en su tratamiento o atención, incluyendo su médico de cabecera y sus agentes, y en caso de ser necesario, cualquier persona u organización que sea responsable de cumplir con sus gastos de tratamiento, o sus agentes. La información también puede ser compartida con terceros designados que participan en la gestión y manejo de su póliza. La información puede ser compartida con su agente o asesor de Bupa Dominicana, S. A., en caso que usted haya

4. CONFIDENCIALIDAD (CONTINUACIÓN)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

solicitado su asistencia.

El intercambio de datos personales: Sin perjuicio de sus obligaciones de confidencialidad y protección de datos, podemos compartir su información personal con:

- Otras empresas de Bupa Global para los fines anteriormente indicados, y el acceso está restringido a aquellas personas que tengan la necesidad de acceder a la información para esos fines.
- Otras aseguradoras de Bupa Global o nuestros asociados de seguros. En caso que usted se transfiera a otro seguro de Bupa Dominicana, S. A. o un seguro ofrecido por uno de nuestros asociados, compartiremos su historia médica y siniestro con la nueva aseguradora.
- Nuestros proveedores de servicios.

Algunas veces tendremos que compartir sus datos personales con asesores profesionales como investigadores de siniestros, proveedores de asistencia de emergencia, profesionales médicos, abogados y otros expertos.

También contratamos otros proveedores de servicios de tecnología informática, impresión y servicios de mercadeo, investigación y análisis y servicios similares. En cada caso, se requiere que estos contratistas sólo utilicen los datos de carácter personal que sean necesarios para llevar a cabo sus servicios.

Igualmente podemos compartir información con el asegurado titular y/o contratante como las prestaciones recibidas por otras personas cubiertas por la póliza, las reclamaciones pagadas, cantidad utilizada del deducible y, si procede cualquier historia médica de otra persona cubierta por la póliza, lo que repercute en la prestación de los beneficios.

En algunos casos, estos asesores están localizados fuera de su jurisdicción, en países que no ofrecen la misma protección que ofrece República Dominicana. Bupa Dominicana, S. A. se asegura de que ellos se sometan a restricciones contractuales en lo que respecta a obligaciones de confidencialidad y seguridad.

Detalles del asegurado: Todos los documentos de la póliza y correspondencia relacionada con cualquier reclamación, pueden ser enviados al asegurado titular. Bupa Dominicana, S. A. podría compartir otra información con el asegurado titular, como por ejemplo los beneficios recibidos por otras personas cubiertas por la póliza, reclamaciones pagadas, cantidad usada del deducible, y, en caso de ser necesario, cualquier historial médico de otra persona cubierta por la póliza, que influya en las provisiones de los beneficios.

Llamadas telefónicas y chateo en línea: Con el fin de mejorar continuamente nuestros servicios, sus llamadas o chateo en línea serán grabados y pueden ser monitorizados.

Investigación y análisis: Sus datos personales podrán ser utilizados con propósitos analíticos, estadísticos y de investigación. Los resultados serán utilizados para desarrollar y mejorar nuestros servicios y los servicios que recibe que son financiados por su póliza. También podríamos ponernos en contacto con usted e invitarle a participar en las actividades de investigación.

Fraude: Estamos obligados por la ley, en ciertas circunstancias, a divulgar información a agencias de cumplimiento legal sobre sospechas de reclamaciones fraudulentas y otros delitos. Revelaremos información a terceros, incluyendo otros aseguradores a efectos de prevención, detección o investigación de delitos, incluyendo sospecha razonable de fraude y reclamaciones inapropiadas.

Nombres y direcciones: Bupa Dominicana, S. A. no revela el nombre y dirección de sus asegurados o pacientes a otras organizaciones fuera del grupo Bupa Global y sus proveedores de servicios.

Le mantendremos informado: A Bupa Dominicana, S. A. le gustaría mantenerle informado sobre los productos y servicios de Bupa Dominicana, S. A. que puedan ser de su interés.

Marque la casilla si desea que le enviemos información actualizada sobre nuestros productos y servicios.
Usted podrá optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento.

Dirección de contacto: De acuerdo con la ley de protección de datos, si usted desea recibir una copia de su información personal (para lo cual requeriría incurrir en algunos gastos), desea actualizar su información personal o tiene alguna duda relacionada con el procesamiento de datos, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio de Bupa Dominicana, S. A. al teléfono (809) 955 2555. También puede enviarnos un correo electrónico a: bupadominicana@bupalatinamerica.com o encontrarnos en nuestras oficinas en:

Av. Winston Churchill, No. 1099
Acrópolis Center, 3er Nivel, Piantini
Santo Domingo, República Dominicana
Para más información, consulte el Aviso de Protección de datos en www.bupalatam.com

5. ASEGURADORES EXTERNOS

¿Puede Bupa Dominicana, S. A. recuperar algunos de los costos con terceros (por ejemplo, una aseguradora o persona/organización relacionada con un accidente)? Sí No

Nombre			
Dirección			
Correo electrónico		Teléfono	

6. AUTORIZACIÓN - A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Yo confirmo que la información que he suministrado en este documento es correcta y precisa, a mi mejor entender. Confirmando que he dado consentimiento explícito para procesar mi información personal referente a este siniestro.

Firma del paciente (Padre o guardian en el caso que el paciente sea menor de 16 años de edad)	Fecha