

Formulario de Reclamación

Importante: Por favor, complete un formulario de reclamación por cada miembro familiar que solicita un reembolso.

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Datos del Asegurado Principal

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

NÚMERO DE PÓLIZA

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL)

Datos del Paciente

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE(S)

APELLIDOS(S)

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

RELACIÓN CON EL ASEGURADO PRINCIPAL:

- Él Mismo
 Esposa(o)
 Hijo(a)
 Otro _____

Índole de la Enfermedad o Lesión

- Accidente automovilístico (Por favor, incluir reporte policial)
 Algún tipo de accidente
 Enfermedad común

Proporcione una breve descripción del accidente y cualquier reporte que se haya generado:

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO

A) Indique los diagnósticos, los síntomas, la enfermedad o lesión por los cuales está presentando este reclamo:

DIAGNÓSTICO(S)

SÍNTOMA(S)

ENFERMEDAD/LESIÓN

FECHA EN QUE COMENZÓ EL PRIMER SÍNTOMA
(DD/MM/AAAA)

FECHA EN QUE VIÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO
POR ÉSTA RAZÓN (DD/MM/AAAA)

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

NÚMERO DE COLEGIADO

SELLO Y FIRMA MÉDICO TRATANTE

FECHA (DD/MM/AAAA)

S N

B) ¿Hay mas médicos que atendieron al paciente?

Si la respuesta es "Sí", proporcione los detalles en hoja separada que deberá adjuntar con este formulario

S N

C) ¿Estuvo el paciente hospitalizado? **Si la respuesta es "Sí",** por favor completar lo siguiente:

NOMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO

PAÍS

NOMBRE DEL MÉDICO (QUIÉN AUTORIZÓ LA ADMISIÓN)

ESPECIALIDAD

FECHA DE ENTRADA (DD/MM/AAAA)

FECHA DE SALIDA (DD/MM/AAAA)

S N

D) ¿El paciente recibió cirugía? **Si la respuesta es "Sí",** indique qué tipo de cirugía

TIPO DE CIRUGÍA

LUGAR

Hospital, servicio interno

Hospital, servicio ambulatorio

Otro lugar _____

FECHA DE LA CIRUGÍA (DD/MM/AAAA)

AUTORIZACIÓN

Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, agencia gubernamental de salud, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficios del empleado, y/o asegurado, compañía de control de calidad, que proporcione cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona, mi cónyuge o mis dependientes, cualquier y todo estado de cuenta de pagos pendientes.

Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por Seguros Agromercantil, S.A. y Best Doctors, para evaluar un reclamo de beneficios médicos, y que

yo, o mi representante legal autorizado, recibiremos una copia de esta autorización si así lo solicito. La información obtenida no deberá proporcionarse a ninguna persona y organización EXCEPTO las compañías de reaseguro, a mi agente de registro, o cualquier otra entidad que realice trabajos contractuales o servicios legales para la Aseguradora, con referencia a este reclamo.

Reconozco mi responsabilidad de pagar estos o cualquier servicio, en caso que los mismos no fueran elegibles de acuerdo a las condiciones de la póliza contratada. Así mismo de constatar que dicha póliza o asegurado ya no se encuentren en vigor, me responsabilizo a cubrir los gastos incurridos.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA (DD/MM/AAAA)

FECHA (DD/MM/AAAA)

¿CUÁNDO REALIZAR UNA NOTIFICACIÓN?

Emergencia: Notificar a Best Doctors durante las primeras **48 horas**.

Procedimientos Electivos/Hospitalización/Cirugía Ambulatoria/Exámenes de Diagnóstico/
Otros servicios: Notificar a Best Doctors **72 horas** antes de recibir los servicios médicos.

Usted será responsable por el 30% de todos los gastos médicos cubiertos de no notificar a través del Centro de Notificaciones en el tiempo arriba definido.

¿CÓMO REALIZAR UNA NOTIFICACIÓN?

Todas las personas aseguradas por Best Doctors - Seguros Agromercantil poseen una tarjeta de identificación del seguro. Esta tarjeta contiene la información necesaria para realizar la notificación.

Llame a nuestro Centro de Notificación con la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento
- Número de póliza
- Diagnóstico (si lo tiene disponible)
- Tratamiento propuesto
- Tiempo aproximado de estadía
- Historial médico
- Honorarios médicos y costo estimado
- No. de teléfono para contactar al asegurado
- Correo Electrónico

Para notificaciones dentro de Guatemala

Teléfono 2279 9989

Para notificaciones fuera de Guatemala

Llamada de Cobro Revertido a EE.UU. 1305 269 2521

Llamada Gratuita dentro de los EE.UU. 1866 902 7775

Correo Electrónico

precertBAM@bestdoctors.com

¿A DÓNDE ENVIAR LAS FACTURAS DE UN RECLAMO?

Seguros Agromercantil, S.A.
5ta. Avenida 5-55, Zona 14,
Torre Uno, Penthouse Europlaza
Guatemala, Guatemala.

¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UN RECLAMO PARA QUE ME SEAN REEMBOLSADOS LOS GASTOS?

Por favor envíe la siguiente información:

- Formulario de Reclamación completado en todas las secciones
- Facturas originales (no se aceptan fotocopias).
 - Si los gastos son por proveedores médicos en Guatemala, deben ser presentados dentro de los 30 días siguientes a su emisión:
 - La factura debe ser a nombre del Asegurado Titular.
 - Si los gastos son por proveedores fuera de Guatemala las facturas deben incluir el nombre del paciente.
- En el caso de gastos por hospitalización, adjuntar estado de cuenta y detalle de los cargos
- En el caso de gastos por estudios de diagnóstico, adjuntar copia de los reportes e informes de los resultados
- En caso de gastos por medicamentos, adjuntar receta original con nombre del paciente y firma y sello del médico
- El historial médico que la Aseguradora considere necesario
- Reporte policial disponible (si fuera el caso)