

Formulario de reclamaciones

FAVOR DE RELLENAR EN MAYUSCULAS, MARCANDO LAS CAJILLAS
FALTA DE RELLENAR COMPLETAMENTE EL FORMULARIO RETRASARÍA EL REEMBOLSO DE SU RECLAMACIÓN
ASEGURESE QUE HA LEÍDO LOS PROCEDIMIENTOS DE LAS RECLAMACIONES ANTES DE HACER SU RECLAMACIÓN

Como hacer una reclamación

Notificación por escrita deberá recibido dentro de los 90 días después del primero consulto aunque si les facturas originales no sean todavía disponibles. Para que ayudemos de procesar su reclamación sin demora, favor de:

1. Rellene un formulario para cada enfermedad/accidente/tratamiento dental/cuidado maternidad/revisión chequeo de rutina e por cada asegurado.
2. Asegúrese que el médico o dentista tratando rellena las secciones al dorso.
3. TODAS las preguntas deben ser rellenas (marcas, guiones o 'n/a' no serán aceptables).

4. Evidencia de revisiones anuales debe contestar TODAS las reclamaciones para tratamiento dental rutina.
5. Cuando procesamos la cuenta de reembolso, el tipo de cambio al día de cálculo será empleado.
6. Deba someter las facturas originales del tratamiento.
7. **IMPORTANTE: Todas reclamaciones para hospitalización o las reclamaciones donde los gastos quizás estarán más de £2.500 del inicio deben ser autorizadas para CEGA. Falta de hacerlo resultará del asegurado de ser responsable por los primeros £1.000 de los gastos del tratamiento**

Sección A - Datos personales del paciente

ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADO PARA EL PACIENTE O SU REPRESENTATIVO LEGAL

1. Nombre completo:
Título: Sr Sra Srta Otro
Apellido:
Nombres:
2. Fecha de nacimiento:
3. No. Certificado:
4. Sexo: Macho Hembra
5. Dirección completa del solicitante:
Código postal:
País de residencia:
Teléfono:
Facsímil:
Correo electrónico:

Sección B - Particulares de la reclamación

ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADO PARA EL PACIENTE O SU REPRESENTATIVO LEGAL

6. Confirme el tipo de la enfermedad y la fecha que comenzaron los síntomas:

7. ¿Ha recibido anteriormente el tratamiento (incluyendo los medicamentos recetados) para esta enfermedad o alguna enfermedad relacionada antes de esto episodio? Favor de proveer las fechas y particulares del tratamiento.

8. ¿Cuánto hace tiempo que tenga los síntomas antes de consultar el médico?

9. Si la causa de la enfermedad relaciona a un accidente, exponga la fecha del accidente y proveer informaciones breves de las circunstancias y las heridas sostenidas:

10. ¿Tiene alguna otra cubierta asegurada para los gastos de asistencia sanitaria?

11.	Fecha del tratamiento	Haga una lista de los reclamados (Necesitamos las facturas originales)	Ponga la moneda y la cuenta pagada	Moneda de pago

Sección B Continúa al dorso...

Preste atención que MediCare tenga la autoridad de sus aseguradores de procesar las reclamaciones de su parte, con sujeción a los términos y condiciones de ciertas limitaciones. Si no quiera de actuamos de esta reclamación como un agente de ambos usted y los aseguradores, favor de aconsejarnos a vuelta y fijáramos para los aseguradores mismos la administración y el proceso de su reclamación.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: La información que recogemos en esta reclamación se vuelve parte de los datos personales retenidos para MediCare International Limited y esta información será utilizada para la provisión y la dirección de los paquetes y servicios de seguro. MediCare International Limited puede compartir sus datos personales a las compañías de seguros y a sus agentes para subvencionar, el procesamiento de la reclamaciones y del propósitos de prevención de estafa. Además, MediCare International Limited puede buscar la información de las compañías de seguro para comprobar las respuestas provistas para usted. Todas las informaciones con respecto al procesamiento de los datos personales para MediCare International Limited están en el registro mantenido para el Comisionado de Información.

12. ¿Habrán más facturas de presentarnos? Si sí, favor de proveernos detalles:

13. Esta reclamación ¿es una continuación del tratamiento anterior o actual que usted reclamaba en su póliza? Si sí, favor de proveernos detalles, incluyendo el número de referencia de la reclamación:

14. Por favor confirme el nombre y la dirección de su médico de cabecera habitual:

15. Favor de proveernos los detalles de contacto de otros médicos o cirujanos de sobre quienes le trató para esta enfermedad o una condición similar:

16. Autorizo de (1) la emisión de algunas informaciones médicas necesarias para el procesamiento de la reclamación y (2) el procesamiento de cualesquieras informaciones médicas u otras datos personales se provisto para usted o para el médico/dentista y la revelación de tales informaciones a los aseguradores a través de los agentes de la gestión de reclamaciones y, donde corresponda, a los liquidadores de seguros por las propósitos de esta reclamación. Declaro que he recibido ningunos consejos médicos o tratamientos, o he tenido síntomas para la enfermedad/herida dentro de los primeros dos años de cubierta de la póliza, de la cual que reclamo en este momento. (Este no es pertinente si asegura sobre una póliza empresarial donde la exclusión de 'Condiciones Médicas Preexistente' estaba renunciada). Al mejor de mi conocimiento, todos los detalles son verdades.

Firma del Asegurado u Su Representativo Legal:

Fecha:

LAS SECCIONES ABAJAS DEBEN SER LLENADAS PARA EL MÉDICO/DENTISTA TRATANTE

Sección C - Informaciones Médicas

ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADO PARA EL MÉDICO TRATANTE

17. Por favor confirme la fecha que el paciente primeramente le contactó para esta condición o relacionada:

18. Favor de describir los síntomas presentado y la fecha que la primera vez ocurridos los síntomas:

19. Favor de proveer el nombre y la dirección del médico que le remiten:

Código postal:

Teléfono:

Facsimil:

Correo electrónico:

20. Favor de confirmar el diagnóstico de la enfermedad o herida:

21. ¿Es posible que la condición podría ser congénito o una malformación de nacimiento? Si sí por favor provea los detalles:

22. Por favor dénos una historia de esta condición o enfermedad similar, con las fechas de los tratamientos o investigaciones anteriores:

23. Si todas partes o una parte del tratamiento estuvo para la cirugía electiva estética, favor de señalar la cuenta o la proporción de los gastos incurridos:

24. ¿Crea para alguna razón que tratamiento se ha dado anteriormente para la enfermedad o la condición relacionada? Si sí, provea más detalles:

25. Con respecto a las reclamaciones para cuidados maternidades, confirme la fecha de parto y la fecha al principio que la paciente le contactó al tema de este embarazo:

Firma del médico tratante:

Confirme sus títulos:

Sección D - Informaciones del Tratamiento Dental de Rutina

ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADO PARA EL DENTISTA TRATANTE

a. El paciente ¿asistió para un chequeo bucal de rutina durante los 12 meses pasados y todo el tratamiento estaba concluido?

b. En su opinión profesional, ¿el paciente mantenía un bueno higiene bucal?

c. Describa la necesidad bucal para esta reclamación:

d. Favor de escribir con letra de imprenta su nombre y dirección:

Código postal:

Teléfono:

Facsimil:

Correo electrónico:

Signature of treating dentist:

Please state your qualifications