



# Formulario de Reclamación

**Por favor asegúrese de:**

- Completar un formulario por evento, por miembro familiar que solicita un reembolso.
- Enviar y completar este formulario en su totalidad junto con la información correspondiente dentro de 180 días desde la fecha de servicio.
- Enviar las facturas originales detallando todos los servicios recibidos así como los recibos de pagos por los gastos incurridos.
- Para reclamos por servicios dentro de los EEUU se debe enviar el formulario para solicitar información médica directamente al proveedor.

## DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO PRINCIPAL

NÚMERO DE CONTRATO

## DETALLES DEL DIAGNÓSTICO / ACCIDENTE

Este formulario será válido como Reporte Médico si incluye la información médica completa y es firmado y sellado por el médico tratante. Si se requiere de espacio adicional, por favor envíe un Reporte Médico completo.

DIAGNÓSTICO O TIPO DE ACCIDENTE  
(EN CASO DE ACCIDENTE, INCLUIR UN REPORTE POLICIAL)

FECHA DEL PRIMER SÍNTOMA  
O ACCIDENTE (MM/DD/AAAA)

HA TENIDO SÍNTOMAS SIMILARES CON ANTERIORIDAD?

SI NO

FECHA (MM/DD/AAAA)

TRATAMIENTO RECIBIDO E INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN, POR FAVOR PROVEA EL NOMBRE DEL HOSPITAL

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

TELÉFONO DEL PROVEEDOR

## DATOS SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS

FECHAS DE SERVICIOS		DETALLES SOBRE TRATAMIENTOS, ASISTENCIA PRESTADA E INSUMOS MÉDICOS	MONEDA	IMPORTE
DESDE	HASTA			
IMPORTE TOTAL				
IMPORTE PAGADO POR EL AFILIADO				

## DATOS SOBRE MEDICINA PRESCRITA

NOMBRE DE LA MEDICINA	DIAGNÓSTICO	FECHA	NOMBRE DEL MÉDICO	MONEDA	IMPORTE
					IMPORTE TOTAL
					IMPORTE PAGADO POR EL AFILIADO

## INFORMACIÓN DE ALGÚN SEGURO MÉDICO U OTRO PLAN MÉDICO

¿Ha hecho Ud. o está haciendo alguna solicitud de reembolso relacionada con el servicio anexo a otra compañía de seguros o plan médico?

SI  NO

En caso afirmativo, por favor anexar una copia de la Explicación de Beneficios de la otra cobertura médica, copia de las facturas y reportes médicos.

## INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

YO AUTORIZO PARA QUE LOS PAGOS REALIZADOS POR BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA SE REALICEN MEDIANTE TRANSFERENCIA A LA ENTIDAD AFILIADA AL SISTEMA AUTOMÁTICO DE PAGOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN BANCARIA ABAJO INDICADA ES CORRECTA.

NOMBRE EN LA CUENTA BANCARIA

C.I. / RUC EN LA CUENTA BANCARIA

NOMBRE DEL BANCO

NÚMERO DE CUENTA

TIPO DE CUENTA

CORRIENTE  AHORROS

### Personas Naturales

Agregar fotocopia legible de Cédula

**Importante:** Para poder realizar su proceso de reembolso, la cuenta bancaria proporcionada deberá ser una cuenta bancaria de Ecuador.

## AUTORIZACIÓN

YO, ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO SE AJUSTA A LA VERDAD.

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO PRINCIPAL O PADRE /TUTOR  
(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

CÉDULA

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL AFILIADO PRINCIPAL O PADRE/TUTOR

POR FAVOR ESCRIBIR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO



El contrato es emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, compañía registrada en Ecuador.

Llamada de Cobro Revertido  
Llamada Gratuita dentro  
de los EE.UU.  
Llamada dentro de Ecuador

1 305 269 2521  
1 866 902 7775  
045028000