

Formulario de Reclamación

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

RECLAMO No.			
COASEGURO		DEDUCIBLE	

I-INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre Completo:			Número de Póliza	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
	Nombre(s)	1er. Apellido 2do. Apellido		/	/
Dirección Residencial:					
	Dirección		Ciudad	Estado	País Código Postal
Correo Electrónico:		Teléfono Residencial:		Teléfono Celular:	

II-INFORMACIÓN DEL PACIENTE (si es diferente al Asegurado Principal)

Nombre Completo:			Número de Póliza	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
	Nombre(s)	1er. Apellido 2do. Apellido		/	/
Dirección Residencial: (si es distinta a la del Asegurado Principal)					
	Dirección		Ciudad	Estado	País Código Postal
Correo Electrónico:		Teléfono Residencial:		Teléfono Celular:	
Nombre completo del Médico Primario y Especialidad (Internista, Pediatra, Cardiólogo, Ginecólogo, etc.)					

III- COBERTURA DE SEGURO ADICIONAL

¿Tiene el paciente cualquier otro seguro de salud o póliza similar vigente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha solicitado el paciente o estará solicitando reembolso de gastos por este evento a través de otra compañía de seguros, entidad o plan?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Monto de reembolso solicitado:	Nombre de la compañía de seguros, entidad o plan:	Número de Póliza:

IV-INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre Completo:			Especialidad:		
	Nombre(s)	1er. Apellido 2do. Apellido			
Dirección:					
	Dirección		Ciudad	Estado	País Código Postal
Correo Electrónico:		Teléfono:		Fax:	

V- INFORMACIÓN DEL CASO

Tipo de Evento: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Diagnóstico o Síntomas:	Descripción del tratamiento, procedimiento o cirugía:	Fecha de Servicio (MM/DD/AAAA): / /
Lugar donde le proporcionaron los servicios al paciente: <input type="checkbox"/> Consultorio Médico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Nombre del Hospital o Clínica:	Dirección:	Número de Teléfono:

VI- EN CASO DE ENFERMEDAD

¿Ha sufrido el paciente de esta condición anteriormente o ha padecido de síntomas similares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del Primer Síntoma (MM/DD/AAAA): / /
¿Ha recibido el paciente atención médica anteriormente o ha sido hospitalizado por esta condición o a consecuencia de la misma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

VII- DECLARACIÓN DEL MÉDICO (en caso de haber completado este formulario)

Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario de reclamación es cierta y completa.		
_____	_____	_____
Firma del Médico	Número de Licencia Médica	Fecha (MM/DD/AAAA)



Formulario de Reclamación

INSTRUCCIONES PARA PROCESAR Y PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Para presentar una reclamación para reembolso, llene el Formulario de Reclamación y envíelo junto a los documentos correspondientes dentro de los primeros 180 días de la fecha del servicio.

Las facturas originales y los documentos requeridos deben ser enviados a:

Redbridge Network & Healthcare

P.O. Box 144490, Coral Gables, FL 33114 EE.UU.

Para iniciar el registro y tramitación de una reclamación, usted debe:

- Entregar los documentos a su representante; o
- Enviar los documentos legibles en formato electrónico, preferiblemente PDF, a: scanclaims@redbridge.cc; o
- Subir los documentos en la página web a: <http://redbridgeinsurance.com> accediendo a la siguiente sección: **Asegurados / Redbridge Salud / Ante Evento Médico / Enviar Documentos**

Para consultas relacionadas con una reclamación, contáctenos a través de:

service@redbridge.cc | Fax: (305) 232-8881 | Tel: (305) 232-9040 | www.redbridge.cc

DOCUMENTOS REQUERIDOS A PRESENTAR:

Envíe las facturas originales y todos los documentos legibles junto al Formulario de Reclamación, debidamente completado y firmado.

- Factura original del médico tratante, especialista o cirujano que indique claramente:
 - Nombre del Paciente
 - Fecha del Tratamiento
 - Diagnóstico y Procedimiento
 - Monto pagado
 - Firma del médico, especialidad y número de licencia médica
- Facturas de los medicamentos y copia de las recetas médicas, indicando si son de uso continuo o no
- Facturas y resultados de exámenes de laboratorio
- Facturas y resultados de exámenes de diagnóstico, radiología, resonancia magnética, etc.
- **En caso de Tratamientos Especiales o Terapias**, incluir la cantidad de servicios
- **En caso de Hospitalización o Cirugías**, incluir, además:
 - Reporte médico – diagnóstico relacionado con la hospitalización o cirugía
 - Factura detallada de los gastos incurridos y evidencia del pago realizado
 - Copia del Epicrisis del centro hospitalario y reporte de egreso
 - Notas médicas de los días de hospitalización
 - Resultados de exámenes de laboratorio, u otros exámenes de diagnóstico
 - Reporte de patología en caso de biopsia
- **En caso de Accidente**, incluir, además:
 - Reporte policial o declaración jurada describiendo el accidente, fecha, lugar y hora
 - En caso de accidente vehicular, incluir:
 - Reporte Policial
 - Reporte de la compañía aseguradora del vehículo por parte de su ajustador
- **En caso de Coordinación de Beneficios**, incluir, además:
 - Copia de todas las facturas relacionadas al reclamo y copia del Resumen del Pago de Beneficios (EOB) emitido por la compañía primaria.