

# Formulario de reclamación médica

Asegúrese de llenar la forma completa y de entregarla dentro de los 180 días siguientes al **Tratamiento** de inicio. El no llenar totalmente esta forma causará que se le devuelva, deteniéndose el procesamiento de **Su** reclamación. Goodhealth no se responsabilizará de cualquier costo relacionado con el llenado de esta forma ni de cualquier otra información/documentos que le podamos solicitar para evaluar **Su** reclamación. La emisión de esta forma de reclamación no significa la aceptación de responsabilidad.

Afiliado  Número de Afiliación

## Sección A - Información personal - Debe ser llenado por la Persona Afiliada

Apellido:  Domicilio:   
Nombre e Iniciales:   
Fecha de Nacimiento:  día  mes  año Correo Electrónico:   
Teléfono:  Fax/Celular:   
¿Tiene Usted algún otro seguro? Yes  No  ¿Son **Sus** lesiones el resultado de un **Accidente**? Yes  No   
*En caso de respuesta afirmativa, por favor anote todos los detalles en una hoja aparte* *En caso de respuesta afirmativa, por favor anote todos los detalles en una hoja aparte*

## Sección B: Pago de reclamaciones - Debe ser llenado por la Persona Afiliada

Monto total reclamado, incluyendo el tipo de moneda de la reclamación:   
Moneda en la que desea que se le haga el pago:   
Patrimonio al que desea que se haga el pago, si es distinto al de la Persona Afiliada:   
Domicilio a donde debe enviarse el pago:   
Si el pago se le va a enviar a **Su** banco o hacerse por transferencia electrónica, por favor anote todos los detalles incluyendo el nombre y la dirección del banco, nombre de la cuenta y número y código de identificación bancaria:

*Probablemente el pago no se haya acreditado a Su cuenta bancaria en el momento de haber recibido nuestra notificación. Por favor verifique con Su banco.*

## Sección C: Declaración

"Manifiesto que, a mi leal saber y entender, toda la información presentada en esta reclamación es cierta y verídica. También entiendo que esta declaración autoriza a Goodhealth y a **Sus** representantes nombrados a solicitar la información necesaria de cualquier otra persona para completar **Su** evaluación de esta solicitud, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa, a mis **Médicos** actuales y anteriores". \* Declaro y acepto que la información personal que requisiere o conserve Goodhealth, así aparezca en esta forma o la haya obtenido por otros medios, la puede usar Goodhealth, o la puede abrir o transferirse a cualquier empresa en el mundo con el propósito de (1) evaluar esta reclamación y proporcionar la cobertura continua del seguro y los servicios a clientes, (2) procesar y poner en operación el pago con tarjeta de crédito, (3) proporcionar el material de mercadotecnia relativo a los servicios relacionados con los seguros de Goodhealth o de **Sus** compañías afiliadas y (4) procesar las reclamaciones o analizar el seguro".

Firma del paciente  Fecha  día  mes  año  
*(Si el paciente es menor de edad (18 años), el padre o tutor deberá firmar)*

## Sección D: Información de reclamaciones - Debe llenarlo el Médico o Dentista del paciente

Detalles de la **Condición Médica** que requiere **Tratamiento**:  
(Si se sabe cual es el diagnóstico preciso, por favor indíquelo).   
Causa subyacente:   
Si esta reclamación es por maternidad, por favor indique si el embarazo es el resultado de alguna forma de concepción asistida:   
¿Hace cuánto que existe este padecimiento?   
¿Cuándo fue la primera vez que el paciente notó cualquier síntoma antes de buscar **Consejo Médico**?   
Fecha de la primera consulta con cualquier **Médico**, por causa de esta condición:   
¿Se ha presentado esta condición antes?   
Por favor confirme el tiempo probable para el **Tratamiento** y pronóstico (si se sabe):   
Nombre y dirección del **Médico/Dentista** remitente:   
 *Llene este espacio sólo si el paciente se le refirió a Usted.*  
Detalle cualquier prueba diagnóstica realizada y anexe los resultados:   
*Esta pregunta se relaciona únicamente con el Tratamiento dental.* ¿Se presenta esta reclamación por una revisión de rutina? Sí  No

*Si le falta espacio en cualquier sección, por favor use otra hoja.*

## Sección E: Médico o Dentista - Debe ser llenado por el Médico o Dentista del paciente

Nombre del **Médico**:  Sello oficial   
Dirección del **Médico**:   
  
Teléfono:  Fax:   
Correo Electrónico:   
Firma del **Médico**:   
Fecha:  día  mes  año  
**\*\*IMPORTANTE\*\* - Asegúrese de**  
1. Incluir el original de todos los recibos y las recetas  
2. Llenar totalmente la forma de reclamación  
3. Firmas y fechar las formas  
4. Anexar todos los resultados de las pruebas de laboratorio  
5. Ver que el diagnóstico y la causa subyacente estén confirmados.  
Esto asegurará la revisión puntual de **Su** reclamación.

**AVISO IMPORTANTE** – La emisión de esta forma de reclamación no significa la aceptación de responsabilidad. El no llenar totalmente esta forma causará que se le devuelva. Al presentarle una reclamación a Goodhealth, los lineamientos que a continuación aparecen, le ayudarán a recibir **Su Tratamiento** lo antes posible, evitando así los retrasos innecesarios en el reembolso de cualquier costo que haya cubierto.

#### TRATAMIENTO POR URGENCIAS MÉDICAS:

En caso de admisión por urgencias, llame al teléfono más cercano de apoyo en urgencias médicas que aquí aparece, o al Centro de Reclamaciones de Goodhealth, a la brevedad posible antes de una admisión hospitalaria o inmediatamente después.

**IMPORTANTE** - Por favor recuerde que **Usted** o **Su** representante deberán ponerse en contacto con **Su** Centro de Reclamaciones Goodhealth más cercano a las 24 horas de la fecha de admisión. El no hacerlo puede dar como resultado la elegibilidad de sólo el 50% de reembolso de cualquier reclamación presentada por gastos médicos.

#### Teléfono de atención médica de 24 horas

Europa	+44(0)208 762 8129
Hong Kong	+852 2970 3045
EE.UU	+1 215 245 4707

#### TRATAMIENTO PLANEADO COMO PACIENTE INTERNO Y DE DÍA

En caso de admisión planeada a un **Hospital** como **Paciente Interno** o **De Día**, le pedimos seguir los siguientes pasos:

- ante todo, póngase en contacto con **Su** Centro de Reclamaciones Goodhealth más cercano, llamando al teléfono que aparece al reverso de **Su** tarjeta de membresía a la brevedad posible antes de ser admitido. Tenga lista la información acerca de **Su Condición Médica**, **Tratamiento** propuesto (incluyendo fechas y el nombre del procedimiento, si se conoce), el nombre de **Su** especialista tratante y el **Hospital** en donde recibirá el **Tratamiento**.
- Nuestro** Centro de Reclamaciones le indicará si la información proporcionada es la necesaria para confirmar **Su** cobertura de **Póliza**. Si no lo es, el personal del Centro le dirán que información es la que se necesita.
- Aunque **Nuestro** Centro de Reclamaciones le confirme verbalmente **Su** cobertura, también le enviarán una confirmación escrita por correo electrónico, fax o correo.
- En lo posible, buscaremos hacer los arreglos con **Su Hospital** para cubrir directamente todas las cuentas elegibles. Cuando se haya logrado dicho arreglo, le pedimos que por favor envíe, a la brevedad posible, la forma llenada de gastos médicos y cualquier factura sin pagar que la haya presentado al Centro de Reclamaciones Goodhealth con el que haya estado en contacto.

Por favor envíe **Su** forma de reclamaciones de gastos médicos a una de las siguientes oficinas:

#### Para los residentes de América del Norte, Centroamérica y Latinoamérica

PO Box 144631	TF: 1 800 914 2176 (en los EEUU)
Coral Gables	T: +1 305 443 6267
Florida 33114	F: +1 305 443 6648
EUA	CorreoE: claims@goodhealthamericas.com

#### Para los residentes de Europa y CIS

2nd Floor	T: +44 (0)870 442 4386
8 Eastcheap	F: +44 (0)870 442 4387
London EC3M 1AE	CorreoE: claims@goodhealth.co.uk
Reino Unido	

**IMPORTANTE:** - Recuerde que la responsabilidad de contactar a **Su** Centro de Reclamaciones Goodhealth antes de una admisión planeada es **Suya**. El no hacerlo dará como resultado la elegibilidad de sólo el 50% de reembolso de cualquier reclamación por gastos médicos.

#### TRATAMIENTO DE PACIENTE AMBULATORIO:

**Usted** debe cubrir totalmente todo **Tratamiento** médico que reciba como paciente ambulatorio, presentando después la reclamación por gastos médicos a **Su** Centro de Reclamaciones Goodhealth más cercano.

Cuando entregue cualquier reclamación para **Su** reembolso, por favor asegúrese de-

- Llenar totalmente la primera página de la forma de reclamación por gastos médicos indicando cada una de las condiciones tratadas. Firme y feche la forma para validarla.
- Adjunte a la forma de reclamación **Sus** recibos originales pagados (o cualquier comprobación de pago que tenga) para todo **Tratamiento** por el que presenta la reclamación.
- Cuando **Su Tratamiento** se lo haya dado un quiropráctico, **Médico** osteópata, homeópata o acupunturista registrado, asegúrese de adjuntarle a la forma de reclamación, una copia de la carta de referencia que le entregó **Su Médico**.

Por favor observe que todo cargo que pueda hacer el médico que lo está viendo por el llenado de **Su** forma de reclamación no será elegible de reembolso bajo los términos y condiciones de la **Póliza** y **Usted** tendrá la responsabilidad de pagarlos. Si **Su Médico** necesita referirlo a otro especialista, (fisioterapia, quiropráctico, osteópata o cualquier otro **Tratamiento** especializado) asegúrese de que le entreguen una carta de referencia antes de iniciar el resto del **Tratamiento**.

#### Para los residentes del Medio Oriente y de África

Suite 416, Oud Metha Building	T: +971 4 324 0040
P O Box 6380	F: +971 4 324 3550
Dubai	CorreoE: claims@goodhealth.ae
Emiratos Árabes Unidos	

#### Para los residentes del Lejano Oriente y Cuenca del Pacífico

3204A, Tower 1	TF: +800 624 81000**
Admiralty Centre	T: +852 2860 8000
18 Harcourt Road	F: +852 2147 9960
Hong Kong	CorreoE: claims@goodhealth.com.hk

\*\* El número telefónico gratuito +800 624 81000 de Goodhealth Worldwide Limited (Asia Pacífico) funciona desde Australia, Hong Kong, Japón, Nueva Zelanda, Filipinas, Corea del Sur y Tailandia. Si llama desde otro lugar, por favor marque el +852 2860 8000.

