

DEPARTAMENTO DE RECLAMOS

INSTRUCTIVO PARA EL ASEGURADO

- Asistencia Global 24/7
- Pasos a seguir en Hospitalización Programada y utilización de Red Internacional
- Pasos a seguir en Emergencia
- Pasos a seguir en Servicio de Ambulancia Aérea
- Pasos a seguir en Asistencia de Viaje
- Como presentar un reclamo o reembolso convencional
- Formulario Notificación de Hospitalización
- Solicitud de Reembolso

Wendy Venegas
Tel.: (502) 2501-2222, Ext. 216
Tel. Emergencia: (502) 5946-2993
Correo electrónico: wvenegas@bmicos.com

DEPARTAMENTO DE RECLAMOS

ASISTENCIA GLOBAL 24/7

Ponemos a su disposición nuestros teléfonos de servicio, atención y emergencia. Favor tomarlos en cuenta para cualquier eventualidad que se pueda presentar.



Guatemala
(502) 5946-2993



Guatemala
PBX (502) 2501-2222



Miami
(305) 665-4817, (305) 665-4458



Dentro de EEUU
Toll Free 1-800-882-7796

1.-

PASOS A SEGUIR EN HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA Y UTILIZACIÓN DE RED INTERNACIONAL

1. Completar formulario NOTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, (debe efectuarse con 72 horas de anticipación).
2. Enviar a BMI Compañía de Seguros de Guatemala (wvenegas@bmicos.com), notificación de hospitalización, completada en todas sus secciones acompañada de informe médico y resultados de estudios realizados, para respectiva evaluación.
3. En caso de utilización de la Red Internacional, notificar por correo electrónico (wvenegas@bmicos.com): nombre de proveedor de servicio, nombre de contacto de proveedor de servicio, fecha de atención.
4. Confirmación de cobertura por medio de emisión carta garantía de pago o carta de beneficios utilización red internacional.
5. Envío de Carta Garantía de Pago a Hospital o Carta de Beneficios utilización red internacional donde se practicará procedimiento y copia de la misma a Agente.
6. Asegurado al momento de ingreso debe presentar carné de identificación emitido por BMI.
7. Completar formulario Autorización de Hospitalización y Urgencias (proporcionado por personal de Hospital).
8. Al egreso Asegurado cancela deducible, gastos no cubiertos, coaseguro según condiciones de la póliza.

2.-

PASOS A SEGUIR EN EMERGENCIA

1. Asegurado, al momento de ingresar a Hospital (área de emergencia) debe identificarse con carné emitido por BMI.
2. Completar formulario Autorización de Hospitalización y Urgencias.
3. Proveedor de servicio notifica ingreso de Asegurado.
4. Evaluación de caso.
5. Confirmación de cobertura por medio de emisión carta garantía de pago, documento emitido por BMI es enviado a Proveedor de servicio.
6. Al egreso Asegurado cancela deducible, gastos no cubiertos, coaseguro según condiciones de la póliza

3.-

**PASOS A SEGUIR EN SERVICIO DE AMBULANCIA AEREA
(PAÍS DE RESIDENCIA A LUGAR DE DESTINO MÁS CERCANO)**

1. Presentar reporte médico completo y actualizado en el cual conste diagnóstico, condición actual y el tratamiento propuesto al cual deberá ser sometido el Asegurado en hospital al cual solicitan traslado.
2. Nombre y teléfonos de los médicos que atienden al Asegurado.
3. Nombre del Hospital al que desean efectuar traslado.
4. Nombre y teléfonos de familiar responsable del Asegurado.
5. Evaluación de documentación recibida para determinación si aplica cobertura de traslado en ambulancia aérea.

4.-

PASOS A SEGUIR EN SEGURO ASISTENCIA DE VIAJE

1. En caso de presentarse una emergencia o accidente el afiliado debe notificar la emergencia en un periodo no mayor de 48 horas de ocurrida, a los correos electrónicos 24/7 alarmcenter@bmicos.com y wvenegas@bmicos.com o a los números telefónicos del Alarm Center, los cuales están disponibles 24/7:
 - ✓ 502-5946-2993
 - ✓ 305-665-4458
 - ✓ 305-665-4817
 - ✓ 1-800-882-7796 gratis desde Estados Unidos
2. La asistencia en viajes no cubre emergencias por enfermedades Pre-existentes, ni embarazos, ni las consecuencias o complicaciones de estas, al igual que tampoco cubre viajes cuyo fin sea cursar estudios.
3. La reducción del deducible de las pólizas varía según el plan contratado, siendo el límite máximo de reducción 5,000 dólares.
4. El deducible a pagar por el afiliado dependerá del plan contratado por BMI siendo el mismo desde 0 hasta un máximo de 500 dólares según el plan contratado.
5. La Cobertura de asistencia en viajes está limitada para viajes por un periodo no mayor de 45 días, contando el día en el que el afiliado sale de su país de residencia.
6. Favor tomar en cuenta que en los países donde no tenemos Red de centros afiliados los casos deben manejarse por reembolso; al igual que cuando el afiliado acuda a un centro médico no afiliado a la red.
7. La asistencia en viajes solo cubre la primera emergencia que se le presenta al afiliado, las consultas de seguimiento o atenciones subsiguientes no están cubiertas.
8. En todos los casos de asistencia en viaje el afiliado debe presentar las pruebas de viaje correspondientes:
 - a. Copia de la primera página del pasaporte del afiliado, (legible).
 - b. Copia de la página que tiene los sellos de salida de su país de residencia. (legible), (en su defecto copia del boarding pass) o del itinerario de vuelo.
 - c. Copia de la página que tiene los sellos de entrada al país al cual viaja (legible), (en su defecto copia del boarding pass) o del itinerario de vuelo.
 - d. Reporte médico completo.
 - e. Facturas y vouchers o recibos de pagos originales.

5.-

COMO PRESENTAR UN RECLAMO O REEMBOLSO CONVENCIONAL

- Presentar la reclamación antes de los 90 días desde el día de servicio.
- **Completar y firmar la siguiente documentación:**
 - Autorización HIPAA en inglés para obtener información médica en USA (esto aplica únicamente si los servicios médicos fueron realizados en los Estados Unidos).
 - Solicitud de reembolso.
- Adjuntar las **facturas y/o recibos originales** por los gastos incurridos.
- Adjuntar los **informes médicos completos y detallados** desde la primera vez que comenzó con el tratamiento y/o condición por la cual está presentando la reclamación.
- Adjuntar los **resultados de todos los estudios realizados** que están relacionados a la condición del reclamo presentado.

Las facturas a considerarse, serán solamente aquellas que tengan las siguientes características:

- Nombre del paciente.
- Número de factura impresa.
- Nombre y razón social de la entidad o médico.
- Descripción del servicio recibido.
- Cuentas de farmacia deben ser acompañadas de la prescripción médica.
- Si el paciente tiene entre 18 y 24 años, debe incluirse la **constancia de estudios de la jornada completa.**
- Si ha existido un accidente automovilístico, incluir el **reporte policial.**

Los requisitos antes señalados son básicos para iniciar el proceso de la reclamación.

Una vez que estos documentos estén en nuestro poder, la Compañía solicitará directamente a los médicos y/o hospitales cualquier otra información adicional del historial médico, en caso que fuese necesario.

6.-



NOTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: ____/____/____

Nombre del intermediario: _____

Asegurado principal: _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de póliza: _____

Tipo de plan: _____

Diagnóstico: _____

Procedimiento a realizar: _____

Código CPT (si aplica): _____

Estimado de la cirugía: _____

Nombre del médico: _____

Número de teléfono y fax: _____

Persona a contactar: _____

Hospital: _____

Ciudad: _____

Fecha de ingreso: ____/____/____

Comentarios: _____

La notificación de una hospitalización es OBLIGATORIA en todos los casos y en cualquier país. Si NO se notifica con 72 horas de anticipación, los beneficios se reducen en un 50%.

7.-



SOLICITUD DE REEMBOLSO

DATOS DEL TITULAR

Apellido/Nombre	Fecha de nacimiento	N°. de póliza:
Números de teléfono: Residencial _____		Celular _____
Dirección electrónica: _____		

DATOS DEL RECLAMANTE

Apellido/Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Fecha de ocurrencia
-----------------	---------------------	------------	---------------------

DATOS DEL RECLAMO

Médico tratante:	Diagnóstico
Dirección: _____	Teléfonos: Oficina _____ Fax _____

RELACION DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

<input type="checkbox"/> Informe médico con diagnóstico definitivo	
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos de la clínica	
<input type="checkbox"/> Facturas por honorarios medicos	
<input type="checkbox"/> Recetas médicas e indicaciones de medicina (Cantidad)	
<input type="checkbox"/> Facturas de farmacia (especificando medicinas)	
<input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorios	<input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas
<input type="checkbox"/> Estudios radiológicos	<input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas
<input type="checkbox"/> Otros (especifique)	<input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas
Total facturado	
Comentarios: _____ _____ _____	

Yo declaro que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI a obtener de cualquier médico, clínica, hospital, institución, farmacéutico, empresa o compañía de seguros, la información que se requiere para procesar los beneficios que puedan ser pagaderos a mí. Una copia fotostática de esta autorización se debe considerar tan válida como la original.

_____ x _____ x _____
 Fecha Firma del titular Firma del paciente

Nota: Favor llenar esta planilla en letra de imprenta, clara y legible

8.-