

## Formulario de Reclamos



Este Formulario de Reclamos solo debe ser utilizado si el proveedor no envió previamente una solicitud de reembolso directamente a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. y sus subsidiarias o afiliadas en su nombre. Envíe este formulario junto con las facturas o recibos con los montos desglosados, diagnósticos y prescripciones médicas a nuestras oficinas.

### Requisitos del Formulario de Reclamos:

- Complete este formulario y envíelo junto con toda la información correspondiente dentro de los 90 días (dentro de Ecuador) o 180 días (fuera de Ecuador) a partir de la primera fecha de servicio. Si la información no es recibida en el tiempo establecido, el reclamo no será cubierto.
- Presente un formulario de reclamos por evento y por miembro de la familia.
- Adjunte las facturas que detallen los servicios recibidos, junto con los comprobantes de pagos de los gastos incurridos.
- Todos los servicios prestados dentro del contrato de los Estados Unidos deben ir acompañados del formulario Release of information form para obtener información médica del proveedor de ser necesario.

**Envíe este Formulario de Reclamos con facturas y documentos originales a nuestras oficinas o por correo electrónico a: [vumilatinareclamos@vumigroup.com](mailto:vumilatinareclamos@vumigroup.com). Por favor recuerde lo siguiente:**

- Incluir el número de contrato, nombres y apellidos completos.
- Cada factura debe ser enviada con su respectivo soporte (recetas médicas, resultados de laboratorio, etc.)
- En caso de emergencias u hospitalizaciones adjuntar historia clínica completa.
- Informes médicos originales.

### Sección I. Información del reclamante

1. Nombre completo del reclamante:	2. Fecha de nacimiento:	
<input type="text"/>	<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>	
3. Nombre completo del titular del contrato:	4. Número de contrato:	5. Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Sección II. Información del reclamo

1. Diagnóstico:	<input type="text"/>	
2. Síntomas principales:	3. Fecha de los primeros síntomas:	
<input type="text"/>	<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>	
4. Tratamiento o procedimiento previsto y pronóstico:	<input type="text"/>	
5. ¿Existe un diagnóstico y/o tratamiento previo para la misma u otra condición relacionada?	Sí No	6. Fecha de la primera consulta:
<input type="text"/>		<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>
7. Si la respuesta es "Sí", indique fechas, resultados, tipo de tratamiento, medicamentos prescritos y nombre del médico y/u hospital:		
<input type="text"/>		

#### ¿TIENE EL PACIENTE COBERTURA DE:

8. Otro plan de seguro de salud o medicina prepagada?	Sí No
<input type="text"/>	

#### ¿FUE LA ENFERMEDAD O LESIÓN, DE CUALQUIER FORMA, RESULTADO DE:

10. La profesión del paciente?	Sí No
<input type="text"/>	
11. Un accidente de cualquier tipo? (en caso de un accidente automovilístico, incluir el informe policial)	Sí No
<input type="text"/>	

9. Si la respuesta es Sí, indique el nombre y la dirección de la otra aseguradora:

12. Si la respuesta es Sí, indique detalles incluyendo la fecha del accidente:

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO / HOSPITAL:

1. Nombre del médico / departamento / proveedor:	2. Número de teléfono:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. Dirección:	4. Número de teléfono alterno:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5. Firma del médico:	6. Correo electrónico:	7. Sello del médico o proveedor:
<input type="text" value="X....."/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si la sección de información del médico es completada, firmada y sellada por el médico tratante, este formulario será válido como un informe médico.

