



Este Formulario de Reclamos solo debe ser utilizado si el proveedor no envió previamente una solicitud de reembolso directamente a LA REGIONAL DE SEGUROS, 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 180 días 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 en 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. Por favor recuerde lo siguiente:**

- Incluir el número de póliza, 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:

3. Nombre completo del titular de la póliza:

4. Número de póliza:

5. Correo electrónico:

**Sección II. Información del reclamo**

1. Diagnóstico:

2. Síntomas principales:

3. Fecha de los primeros síntomas:

4. Tratamiento o procedimiento previsto y pronóstico:

6. Fecha de la primera consulta:

5. ¿Existe un diagnóstico y/o tratamiento previo para la misma u otra condición relacionada?  Sí  No

7. Si la respuesta es "Sí", indique fechas, resultados, tipo de tratamiento, medicamentos prescritos y nombre del médico y/u hospital:

¿TIENE EL PACIENTE COBERTURA DE:

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

8. Otro plan de seguro de salud?  Sí  No

10. La profesión del paciente?  Sí  No

11. Un accidente de cualquier tipo?  Sí  No  
*(en caso de un accidente automovilístico, incluir el informe policial)*

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

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

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO / HOSPITAL:**

1. Nombre del médico / departamento / proveedor:

2. Número de teléfono:

3. Dirección:

4. Número de teléfono alterno:

5. Firma del médico:

6. Correo electrónico:

7. Sello del médico o proveedor:

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

X.....

