



Best Doctors[®]
CERTEZA MÉDICA AL ALCANCE DE SUS MANOS

InterConsulta[®]

Manual
Instructivo

Bienvenido

Estimado Asegurado/a:

Recientemente usted ha contactado a Best Doctors®, para solicitar el servicio de **InterConsulta**®. Le agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros.

La **InterConsulta**® le puede ayudar a responder muchas de las preguntas médicas sobre el diagnóstico, la condición y las opciones de tratamiento para dicha patología.

El propósito de esta carta es explicarle más a fondo nuestro compromiso con usted y cómo utilizar nuestros recursos de la mejor manera posible.

SU CONTACTO PRINCIPAL

es la siguiente:

Correo Electrónico

Llamada Gratuita dentro de los EE.UU.

Llamada de Cobro Revertido

Fax

InterConsultaDI@bestdoctors.com

1 866 902 7775

1 305 269 2521

1 617 336 1725

Durante la tramitación de su **InterConsulta**®, usted contará con el apoyo de nuestro equipo, el cual estará disponible durante los horarios regulares de oficina para responder cualquier inquietud o pregunta que usted tenga; también nos encargaremos de trabajar en colaboración con los médicos que estén revisando el caso para mantenerlo informado de actualizaciones o progresos de la misma.

Para dar comienzo al proceso, el primer paso es completar el “Formulario de Solicitud de **InterConsulta**®” y enviarlo a nuestro equipo vía correo electrónico. Luego de recibir este formulario, un médico de nuestro equipo se pondrá en contacto con usted con el fin de entender completamente sus necesidades y contestarle cualquier pregunta que usted pueda tener. El médico encargado de su caso le indicará qué información médica adicional es necesaria para poder efectuar la **InterConsulta**®.

Una vez se reciba toda la información médica, nuestro equipo creará un perfil clínico de los puntos claves del caso y definirá el tipo de experto con quién consultarlo.

Best Doctors solicitará la revisión del caso a uno o varios especialistas de reconocido prestigio a nivel internacional en su patología, quienes le proporcionarán una respuesta escrita a las preguntas que les hayan sido formuladas. Por lo general este proceso dura aproximadamente de dos a tres semanas, aunque este tiempo podría extenderse dependiendo del número de especialistas que se consulten o de necesidades particulares en el caso que requieran de más tiempo para completar su evaluación, por ejemplo una segunda revisión de biopsias.

Nuestro compromiso es mantenerlo actualizado en todo momento sobre el estado de su InterConsulta[®].

GUÍA PRÁCTICA PARA COMENZAR

Para poder iniciar el proceso y asegurar que este transcurra de manera adecuada garantizando una respuesta en el menor tiempo posible le recomendamos seguir los siguientes pasos:

- Completar el formulario de **InterConsulta[®]**, que se adjunta.
- Pedir a su doctor que le facilite un resumen actualizado de su historia clínica, incluyendo tratamiento actual, medicinas, etc.
- Recopilar todos los estudios por imágenes que le hayan sido realizados con fines diagnósticos, para la patología sobre la que quiere consultar (por ejemplo, RMN, Rayos X, TAC, CD).
- Enviar por correo, fax o correo electrónico a Best Doctors el paquete de documentación completo, a la dirección que se indica a continuación:

Best Doctors

Atención: Direct Insurance InterConsultation Program
Presidents Place
1250 Hancock Street, Suite 501N
Quincy, MA 02169
Fax: + 1-617-336-1725
InterConsultaDI@bestdoctors.com

Próximamente nos pondremos en contacto con usted con el fin de programar una cita para su entrevista telefónica con nuestro médico coordinador.

En caso de tener alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros.

Atentamente,

Dr. Néstor Tarragona

Director del Programa de InterConsulta
Senior Medical Director
Best Doctors Inc.
E-mail: InterConsultaDI@bestdoctors.com

Formulario de Solicitud de InterConsulta®

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

SEXO M F

NÚMERO DE PÓLIZA

DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE

Importante: Por favor, agregar el código de su país así como cualquier prefijo necesario para efectuar la llamada.

TELÉFONO (FIJO)

TELÉFONO (MÓVIL)

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN

CIUDAD

PAÍS

Importante: Por favor, adjunte fotocopia de su cédula de Identidad.

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA EN NOMBRE DEL PACIENTE

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

RELACIÓN CON EL PACIENTE

TELÉFONO (FIJO)

TELÉFONO (MÓVIL)

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN

CIUDAD

PAÍS

continuación

SECCIÓN 1: BREVE RESEÑA DE SU HISTORIAL MÉDICO

Por favor, marque con cruces y conteste las preguntas una a una. De ser necesario puede utilizar una hoja adicional que deberá luego ser adjuntada a este documento. Profesionales de Best Doctors lo ayudarán a completar este formulario si lo necesitase.

1) ¿Cuál es el motivo para iniciar esta InterConsulta®?:

- DUDAS DIAGNÓSTICAS DUDAS TERAPÉUTICAS AMBAS OTRO (INDIQUE)

2) Antecedentes médicos

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> INFARTO | <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA |
| <input type="checkbox"/> ARRITMIAS | <input type="checkbox"/> TABAQUISMO | <input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> NEUMONÍA |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS EN EL COLON | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> GASTRITIS/ULCERA |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS TIROIDEOS | <input type="checkbox"/> INFARTO | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RENALES |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PROSTÁTICOS | <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS GINECOLÓGICOS |
| <input type="checkbox"/> CIRUGÍAS | | |

Comentarios:

3) Antecedentes familiares relacionados a su enfermedad actual

4) Por favor relate cómo comenzó su enfermedad actual, qué síntomas tuvo al inicio y cómo evolucionaron

continuación

5) ¿Cuál es su estado actual? ¿Cómo se siente ahora? Si es necesario se le enviará un cuestionario de descripción del dolor para que complete.

6) Medicamentos habituales y dosis

7) ¿Qué diagnóstico le fue dado por sus médicos locales? ¿Qué tratamientos ha recibido para su actual problema?

8) ¿Qué estrategias diagnósticas plantean sus médicos locales? ¿Qué tratamientos le proponen actualmente?

9) Detalle cuáles son las preguntas o inquietudes que usted desea sean respondidas por el especialista.

continuación

SECCIÓN 2: LÍMITES A LA UTILIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE ESTE SERVICIO

Por favor leer debidamente y firmar al final de esta hoja

Yo deseo usar el servicio de InterConsulta® de Best Doctors. Para usar el servicio reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Yo no soy un paciente de Best Doctors.
- El uso del servicio no es un requisito de mi cobertura de seguro y la decisión para usar el servicio al igual que la información recibida por usar el servicio, no tienen ninguna relación con mi cobertura o tratamiento médico.
- Best Doctors facilitará mi información médica a terceros con el fin de facilitar el servicio de InterConsulta® y por la evaluación del servicio prestado.
- Cualquier relación que se cree entre mi persona y cualquier médico o centro a quien yo haya sido referido por Best Doctors, es independiente de mi relación con Best Doctors.
- Durante el proceso, Best Doctors puede enviar cualquier información que tiene o va obtener sobre mi condición médica a las siguientes personas, incluyéndome a mi mismo, para el propósito de coordinar los servicios prestados por Best Doctors a mi. Por favor marcar la casilla correspondiente:

A mi Agente de Seguros: ACEPTO NO ACEPTO

A mi Médico tratante: ACEPTO NO ACEPTO

- He leído y entiendo los límites a la utilización y responsabilidad de este servicio y he tenido la oportunidad para efectuar preguntas sobre los servicios ofrecidos. Con mi firma abajo, yo voluntariamente reconozco y estoy de acuerdo con los servicios y la manera en que serán efectuados. En adición, por favor encontrar mi dirección de correo electrónico que es el que uso habitualmente para enviar y recibir mensajes por correo electrónico. También le doy a Best Doctors mi permiso para (1) entregar cualquier correspondencia dirigida a mí en vez de enviarlo físicamente por correo normal; y (2) para recibir cualquier instrucción de mi parte que viene de esta dirección de correo electrónica y aceptarla como si fuera una instrucción autorizada de mi parte.

FIRMA DEL ASEGURADO, MADRE, PADRE O TUTOR

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NOMBRE DEL ASEGURADO, MADRE, PADRE O TUTOR

NÚMERO DE PÓLIZA CON BEST DOCTORS

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ASEGURADO, MADRE, PADRE O TUTOR

Preguntas y Respuestas Frecuentes

¿QUIÉNES SON LOS BESTDOCTORS?

En Best Doctors contamos con una exclusiva base de datos que contiene información actualizada de 50.000 de los mejores especialistas a nivel internacional, en más de 400 sub-especialidades. Estos expertos son seleccionados por sus colegas, en función de su gran experiencia y altos conocimientos en su especialidad.

¿CÓMO SE ELIGE A LOS 50.000 'BEST DOCTORS' DEL MUNDO; Y QUÉ HACE QUE ESTOS MÉDICOS SEAN CONSIDERADOS POR SUS COLEGAS COMO 'LOS MEJORES'?

A través de continuas encuestas a médicos de renombre, Best Doctors identifica a los especialistas más calificados, en un proceso de votación anónimo y confidencial, que proporciona perfiles detallados de cada médico, de su especialidad, de los programas de investigación con los que ha contribuido, de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en los que tiene más experiencia, y por los que es internacionalmente reconocido.

A través de un programa de entrevistas telefónicas y un sistema informatizado de votación - propiedad exclusiva de Best Doctors se recogen más de 2,5 millones de evaluaciones al año. Sólo entre el 3% y 5% de los médicos de cada país encuestado es seleccionado para formar parte de nuestra base de datos.

¿CÓMO ASEGURAMOS RESULTADOS IMPARCIALES?

Best Doctors es una empresa absolutamente independiente. Nuestro único criterio de selección para formar parte de la base de datos es la encuesta de la comunidad médica. Los especialistas no son remunerados para formar parte de nuestra base de datos, ni para que participen en la encuesta.

¿CÓMO SE UTILIZA LA BASE DE DATOS DE BEST DOCTORS?

Best Doctors accede a esta exclusiva y avanzada fuente de información médica y proporciona a sus clientes, de forma rápida y eficaz, respuestas a sus preguntas sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

¿CUÁL ES EL RESULTADO DE NUESTRA METODOLOGÍA DE ENCUESTAS?

Una incomparable base de datos de la comunidad médica con los “mejores especialistas del mundo”, de uso exclusivo de nuestra compañía.



La Póliza de seguro es emitida por Best Doctors Insurance Limited, compañía registrada en Bermuda. Servicio de administración de seguros médicos ofrecido por Best Doctors Insurance Holdings, LLC. en representación de Best Doctors Insurance Limited.

www.bestdoctorsinsurance.com

Best Doctors, el Logo de Best Doctors, InterConsulta®, EliteNavigator™ Medical Elite™, Premier Plus™, Global Care™, Ultimate Care™, Advanced Care™, Medical Care™ y Critical Select™ son marcas registradas de Best Doctors, Inc. en los Estados Unidos y otros países y son utilizadas con convenio de licencia por Best Doctors Insurance Limited.

La información contenida en esta guía entra en vigencia en el momento de su emisión, el 1 de marzo del 2012, y reemplaza todas las publicaciones anteriores. Las primas y los beneficios están sujetos a cambios sin previo aviso. Si usted anticipa un tratamiento por el que espera recibir los beneficios de Best Doctors Insurance Limited, por favor contáctenos antes de comenzar el tratamiento para confirmar que el beneficio que espera será cubierto. Las condiciones de su plan están enumeradas en el Condicionado de Cobertura que se incluye en su Paquete de Bienvenida. Cualquier información personal será manejada de acuerdo con nuestra Política de Privacidad, que está disponible en **www.bestdoctorsinsurance.com**

Copyright 2012 - 2015© Best Doctors, Inc - Todos los derechos reservados.

Última actualización July 2015