

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"/>	
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:		3. Fecha de los primeros síntomas:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
2. Síntomas principales:		6. Fecha de la primera consulta:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Tratamiento o procedimiento previsto y pronóstico:		7. Si la respuesta es "Sí", indique fechas, resultados, tipo de tratamiento, medicamentos prescritos y nombre del médico y/u hospital:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5. ¿Existe un diagnóstico y/o tratamiento previo para la misma u otra condición relacionada?		8. ¿TIENE EL PACIENTE COBERTURA DE:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> ¿FUE LA ENFERMEDAD O LESIÓN, DE CUALQUIER FORMA, RESULTADO DE:	

8. Otro plan de seguro de salud o medicina prepagada?		10. La profesión del paciente?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Si la respuesta es Sí, indique el nombre y la dirección de la otra aseguradora:		11. Un accidente de cualquier tipo?	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>(en caso de un accidente automovilístico, incluir el informe policial)</small>	
		12. Si la respuesta es Sí, indique detalles incluyendo la fecha del accidente:	
		<input type="text"/>	

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO / HOSPITAL:

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

**Sección III. Información** detallada de la factura

**SERVICIOS MÉDICOS**

FECHA DE SERVICIO (DESDE / HASTA)	DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS PROPORCIONADOS	MONEDA	IMPORTE
IMPORTE TOTAL			
CANTIDAD TOTAL PAGADA POR EL PACIENTE:			

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO PRESCRITO	DIAGNÓSTICO	FECHA	NOMBRE DEL DOCTOR	MONEDA	IMPORTE
IMPORTE TOTAL					
CANTIDAD TOTAL PAGADA POR EL PACIENTE:					

**Sección IV. Información** del reembolso

**MÉTODO DE PAGO**

Cheque personal

Transferencia bancaria

Tipo de cuenta: Ahorros Corriente

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Acepto y doy mi consentimiento a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. y sus subsidiarias y afiliadas a enviar y obtener información sobre mi salud a/de un equipo médico autorizado, hospitales, clínicas de salud, autoridades de salud pública, aseguradoras, la Oficina de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés) e instituciones similares, para demostrar la veracidad de este reclamo. Este consentimiento solo aplica para las enfermedades, lesiones y diagnósticos indicados.

Declaro que la información proporcionada por mí es verdadera, completa y proporcionada de buena fe. La información falsa o incorrecta puede resultar en la cancelación del contrato. Acepto pagar por los daños causados por errores en la información proporcionada por mí.

Firma del afiliado:

Fecha:

X \_\_\_\_\_

/  /

Para soporte o consultas relacionadas con sus reclamos, puede enviar un correo a: [vumilatinaSACreclamos@vumigroup.com](mailto:vumilatinaSACreclamos@vumigroup.com).