

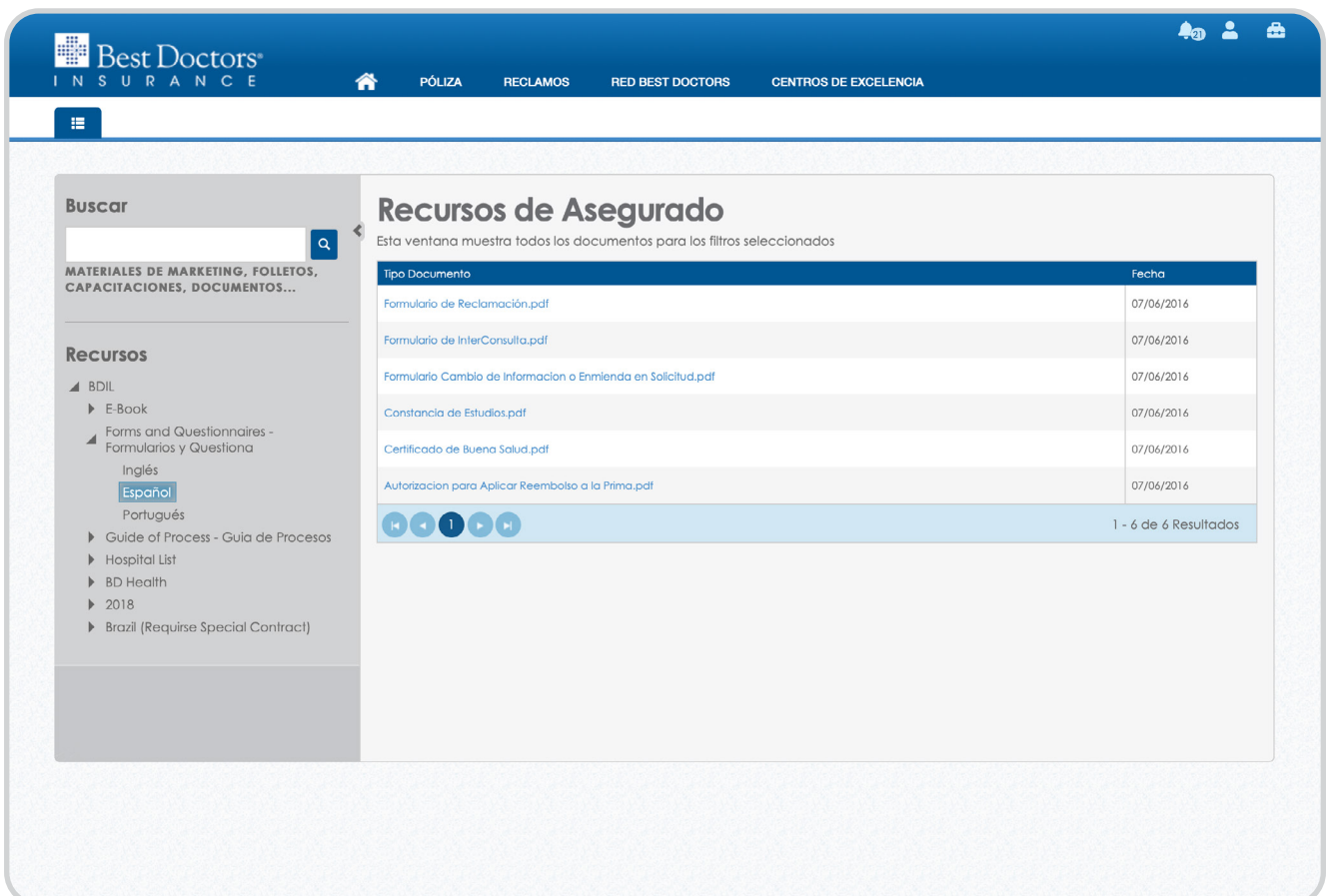
# Cómo presentar una reclamación electrónica

Usted puede ahora presentar su reclamación fácilmente y de manera segura sin necesidad de tener que enviar documentos físicos por correo. Unos cuantos pasos y listo: ¡su reclamación está en proceso!

1 Ingresa al [Portal para el Asegurado](#). Si aún no se ha inscrito, [haga clic aquí](#) para ver las instrucciones.



2 Complete el Formulario de Reclamación. Puede descargar una copia editable disponible en la sección de [Recursos de Asegurado](#). Este formulario deberá ser incluido como parte del proceso (vea el paso #5).



Tipo Documento	Fecha
Formulario de Reclamación.pdf	07/06/2016
Formulario de InterConsulta.pdf	07/06/2016
Formulario Cambio de Información o Enmienda en Solicitud.pdf	07/06/2016
Constancia de Estudios.pdf	07/06/2016
Certificado de Buena Salud.pdf	07/06/2016
Autorización para Aplicar Reembolso a la Prima.pdf	07/06/2016

3 Bajo la pestaña **Póliza**, seleccione el asegurado (paciente) para quien está presentando la reclamación. Luego haga clic en el ícono para **Presentar Reclamo**.

**Best Doctors**  
INSURANCE

AGENTE COTIZACIÓN SOLICITUD **PÓLIZA** SERV. MÉDICO RECLAMOS REPORTES

019001579

### Detalles de póliza

Número de Póliza

Emisor  
Asegurado Primario

FDN  
Lenguaje  
Plan / Clase  
Estado de Póliza  
Primera Fecha de Efectividad  
País  
Zona

### Información de Contacto

**Resumen**

Demografía

Facturas & Pagos

Documentos de Pólizas

Servicios Médicos

Responsabilidad del Paciente

Reclamos

## Resumen de la Póliza

Esta ventana muestra los detalles de la póliza.

### Detalles Adicionales

Fecha de recepción de la Solicitud: 05/08/2008

Fecha de Aprobación de la Póliza: 09/22/2015

Fecha de Renovación: 07/15/2019

### Deducible Individual

Mundial USD 5,000.00

Auto Pago + Digital +

### Información de Pago

Prima total USD 2,596.20

Próximo Pago USD 705.30

Fecha de Pago 07/15/2019

Balance USD 2,596.20

Frecuencia de pago Quarterly

### Asegurados

TODAS LAS TARJETAS ID

Tipo Miembro	Nombre del Asegurado	Estado	FDN	Edad	Sexo	Peso	Allura	Estado Civil	Fecha de Efectividad	Fecha Efectiva de Vencimiento	Más
Titular		Activa				0 lb	0 pie		07/15/2008		...

4 En la pantalla **Detalle de Póliza**, marque la cajita de **Aceptar** y luego haga clic en **Siguiente**.

### Detalle de Póliza

Esta ventana muestra el detalle de la póliza.

Número de Póliza	Titular	Reclamante	Reclamador FDN	Estado	Emisor
			02/02/1969	Activo	BDL

País: Agente de Servicio

Plan: Medical Care

Opción: II

Fecha Renovación: 07/15/2019

Primera Fecha de Efectividad del Asegurado: 07/15/2008

Esta dirección de correo electrónico será recogida solo para fines informativos. El cliente no va a recibir ninguna notificación en este momento.

### Limitaciones

Tipo Miembro	Categoría	Tipo	Descripción	Monto	Fecha de Efectividad	Fecha Efectiva de Vencimiento
--------------	-----------	------	-------------	-------	----------------------	-------------------------------

Para acelerar su proceso de reclamación, le pedimos que cumpla con los siguientes requisitos:  
RECLAMOS PARA REEMBOLSO SOLAMENTE (Pagos directos no deben ser presentados en el portal).  
Cada diagnóstico/evento DEBE ser una reclamación individual.  
Cada COB DEBE ser una reclamación individual.

Antes de empezar, asegúrese de que usted ha escaneado y guardado los siguientes documentos independientemente para completar la reclamación:

- Formulario de Reclamación (1 archivo)
- Facturas (1 archivo por proveedor/incidente)  
o Mismo diagnóstico/evento con múltiples facturas por el mismo proveedor se puede cargar bajo una presentación de reclamos.
- Diferente diagnóstico/evento para el mismo proveedor debe ser subidos como archivos independiente y presentaciones de reclamos separadas.
- Información Médica (1 archivo con información médica, ej. Registros médicos laboratorios, e imágenes)
- Documentos Generales (1 archivo con los documentos adicionales, ej. Correspondencia, COBs, etc.)

**ACEPTAR**

**SIGUIENTE**

5

Valide la información del reclamante y complete los siguientes datos. Todos los servicios deben ser presentados por proveedor y evento médico. Si tiene facturas de diferentes proveedores para el mismo evento médico, seleccione **Nuevo Proveedor** después de cada uno y repita los pasos a continuación. Luego haga clic en **Siguiente**.

1. Adjunte el Formulario de Reclamación
2. Confirme su información bancaria
3. Proporcione la información del proveedor
4. Especifique el tipo de servicio
5. Cargue los archivos

6

Para cargar los registros médicos y documentos generales, por favor siga las instrucciones en la pantalla. Luego haga clic en **Siguiente**.



7

Valide la información. Luego haga clic en **Enviar**.

8

Usted recibirá una confirmación con el **Número de Referencia** para hacer seguimiento. Best Doctors Insurance procesará su reclamación en un plazo de 7 días a partir de que recibamos toda la información requerida.

Para un proceso sin contratiempos, por favor tenga en cuenta:

- El Formulario de Reclamación debe incluir el nombre del reclamante/paciente, la(s) fecha(s) de servicio, el diagnóstico, descripción del tratamiento, nombre del proveedor, y las cantidades cobradas y pagadas en la moneda correspondiente.
- Las imágenes escaneadas o fotografías de facturas y recibos detallados deben ser legibles y claras.
- Las recetas médicas y los comprobantes de farmacia deben incluir el nombre del paciente.
- Incluir la información de reembolso para depósito directo a una cuenta en EE.UU. o para una transferencia bancaria internacional.