Formulario de **Reclamos**

VUMI® LATINA, S.A.
EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

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 de autorización de VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. 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 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: D D / M M / A A A A

3. Nombre completo del titular del contrato:

4. Número de contrato:

5. Correo electrónico:

Sección II. **Información** del reclamo

1. Diagnóstico:

2. Síntomas principales:

3. Fecha de los primeros síntomas: D D / M M / A A A A

4. Tratamiento o procedimiento previsto y pronóstico:

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

6. Fecha de la primera consulta: 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:

¿TIENE EL PACIENTE COBERTURA DE:

8. Otro plan de medicina prepagada? ◯ Sí ◯ No

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

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

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)

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: + - -

3. Dirección:

4. Número de teléfono alterno: + - -

5. Firma del médico: X .....

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.

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: X _____

Fecha: D D / M M / A A A A

Para soportes relacionados con el área de reclamos **vumilatinareclamos@vumigroup.com**

VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.
Compañía registrada en Ecuador
Servicios de administración ofrecidos por VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.
Av. Rodrigo Chávez. Parque Empresarial Colón. Edificio Corporativo 3, Piso 6 Oficina 601
Teléfono General: +593-4-2136705
www.vumilatina.com