

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

Iniciar sesión en  
**Best Doctors Insurance**

email


Usuario/Contraseña olvidada

contraseña

Acceder

¿No tienes una cuenta?  
[Crear Cuenta](#)

- 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).

PÓLIZA RECLAMOS RED BEST DOCTORS CENTROS DE EXCELENCIA

Buscar

MATERIALES DE MARKETING, FOLLETOS, CAPACITACIONES, DOCUMENTOS...

Recursos

- BDIL
  - E-Book
  - Forms and Questionnaires - Formularios y Questionnaires
    - Inglés
    - Español**
    - Portugués
  - Guide of Process - Guía de Procesos
  - Hospital List
  - BD Health
  - 2018
  - Brazil (Require Special Contract)

Recursos de Asegurado

Esta ventana muestra todos los documentos para los filtros seleccionados

| 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 |

1 - 6 de 6 Resultados

- 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

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

**Asegurados**

| Tipo Miembro | Nombre del Asegurado | Estado | FDN | Edad | Sexo | Peso | Altura | 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

País

Agente de Servicio

Email Titular de Póliza

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 solicitamos que cumpla con los siguientes requisitos:

- SOLO RECLAMACIONES DE REEMBOLSOS (los pagos directos no se deben enviar a través del portal).
- Se DEBE hacer un envío por cada diagnóstico/evento.
- Cada servicio de Coordinación de beneficios se DEBE enviar de manera individual.

Antes de comenzar, recuerde escanear y guardar los siguientes documentos para completar la reclamación:

- Facturas (1 archivo por proveedor y por evento)
- El mismo evento/diagnóstico con múltiples facturas del mismo proveedor se puede cargar en el envío de una reclamación.
- Los diferentes eventos/diagnósticos de un mismo proveedor se DEBEN cargar como archivos separados y enviar en reclamaciones por separadas.
- Historiales médicos (1 archivo para documentos de historiales médicos, por ej.: historiales médicos, exámenes de laboratorio y diagnóstico por imágenes, etc.)
- Documentación general (1 archivo para documentos adicionales, por ej.: correspondencia, COT, etc.)

☐ ACEPTAR

**SIGUIENTE**

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 **Proveedor Nuevo** después de cada uno y repita los pasos a continuación. Luego haga clic en **Siguiente**.

- 1. Información del Reclamo:** Complete la información del reclamo, adjunte el Formulario de Reclamación y haga clic en **Siguiente**.

### Información del Reclamo

Esta ventana le permite adjuntar su reclamo, ingresar los detalles de cada proveedor y adjuntar las facturas.

Reclamante      Número de Póliza      Número de Referencia  
38648

---

#### FORMULARIO DE RECLAMO

Complete la información obligatoria.  
Seleccione un diagnóstico y tipo de servicio del menú desplegable a continuación. Si no ve un diagnóstico o tipo de servicio relacionado, seleccione otro para la entrada manual.

DIAGNÓSTICO \*      TIPO DE SERVICIO \*

-- SELECCIONE --      -- SELECCIONE --

ADJUNTAR FORMULARIO DE RECLAMO

¿Los servicios están relacionados con un accidente? (En caso afirmativo, adjunte el informe policial)      NO      SI

FECHA DEL PRIMER SÍNTOMA O ACCIDENTE \*

GUARDAR      VOLVER      SIGUIENTE

- 2. Información del Proveedor:** Proporcione los detalles, cargue archivos e incluya información sobre otra aseguradora. Haga clic en **Siguiente**.

### Información del Proveedor del Servicio

Ingrese la siguiente información para un solo proveedor / incidente a la vez.

Reclamante      Número de Póliza      Número de Referencia  
38648

---

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE FACTURACIÓN \*

PAÍS DE SERVICIO \*      U.S.      FUERA DE U.S.

#### Detalles del servicio prestado

FECHA DE SERVICIO DESDE      HASTA

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, SERVICIO MÉDICO Y / O SUMINISTROS PROVISTOS \*

CARGOS \*      MONEDA \*      USD - Dólar estadounidense

Por favor, suba todas las facturas asociadas con este proveedor/incidente como un solo archivo. Tenga en cuenta que el rendimiento de importación de archivos depende de su ancho de banda de Internet y del tamaño del archivo.

CARGAR FACTURAS

Eliminar

PROVEEDOR NUEVO

#### Información de otro seguro

¿Ha presentado un reclamo o planea presentar un reclamo contra algún otro seguro? En caso afirmativo, adjunte una copia de la Explicación de beneficios de la otra compañía de seguros de salud, una copia de las facturas y los registros médicos.      NO      SI

GUARDAR      VOLVER      SIGUIENTE

- 3. Información del Reembolso:** Haga clic en **Editar** para actualizar su información bancaria.

### Información del Reembolso

Indique cómo le gustaría recibir su reembolso.

Reclamante      Número de Póliza      Número de Referencia  
38656

---

Medio de Pago Actual      Cheque

EDITAR

Seleccione el método de pago preferido y haga clic en **Siguiente**.

### Información del Reembolso

Indique cómo le gustaría recibir su reembolso.

Reclamante      Número de Póliza      Número de Referencia  
38656

---

Medio de Pago Actual      Cheque

EDITAR

CHEQUE      TRANSFERENCIA BANCARIA      APLICAR AL A LA PRIMA

Para transferencia bancaria, indique el tipo de transferencia, información bancaria, información del banco beneficiario y tipo de cuenta. Haga clic en **Siguiente**.

Reclamante      Número de Póliza      Número de Referencia  
38656

---

Medio de Pago Actual      Cheque

EDITAR

CHEQUE      TRANSFERENCIA BANCARIA      APLICAR AL A LA PRIMA

TIPO DE TRANSFERENCIA \*      CUENTAS BANCARIAS \*

Transferencia Bancaria      Nueva información bancaria

#### INFORMACIÓN DEL BANCO BENEFICIARIO

NOMBRE DEL BANCO      DIRECCIÓN      APT / SUITE

MONEDA \*      PAÍS \*      ESTADO/PROVINCIA      CIUDAD

USD - Dólar estado...      United States      -- SELECT --      -- SELECT --

CÓDIGO POSTAL      TITULAR DE LA CUENTA\*\* \*      NÚMERO DE CUENTA / NÚMERO IBAN \*

-- SELECT --      -- SELECT --

ABA

TIPO DE CUENTA \*

CUENTA CORRIENTE      CAJA DE AHORROS

GUARDAR      VOLVER      SIGUIENTE

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.