

# 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.

A screenshot of the Best Doctors Insurance login page. It features a header "Iniciar sesión en Best Doctors Insurance". Below it are two input fields: "email" and "contraseña" (password). Between these fields is a link "Usuario/Contras. olvidada" (Forgot User/Pass.). A large blue "Acceder" (Access) button is centered below the fields. At the bottom of the form, there is a link "¿No tienes una cuenta? Crear Cuenta" (Don't you have an account? Create Account).

- 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).

A screenshot of the Best Doctors Insurance website showing the "Recursos de Asegurado" (Resources for Insured) section. The top navigation bar includes links for "PÓLIZA", "RECLAMOS", "RED BEST DOCTORS", and "CENTROS DE EXCELENCIA". The main content area has a search bar and a sidebar with links for "MATERIALES DE MARKETING, FOLLETOS, CAPACITACIONES, DOCUMENTOS..." and "Recursos" (BDIL, E-Book, Forms and Questionnaires, etc.). The main content area displays a table of documents with columns for "Tipo Documento" (Type of Document), "Fecha" (Date), and a list of 6 results. The results are: "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), and "Autorización para Aplicar Reembolso a la Prima.pdf" (07/06/2016). Navigation arrows at the bottom of the table allow for page navigation.

3

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

**Resumen de la Póliza**  
Esta ventana muestra los detalles de la póliza.

**Detalles Adicionales**

Fecha de recepción de la Solicitud 05/08/2008	<b>Deductible Individual</b> Mundial <b>USD 5,000.00</b>
Fecha de Aprobación de la Póliza 09/22/2015	Auto Pago  Digital
Fecha de Renovación 07/15/2019	

**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**

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)
  - o El mismo evento/diagnóstico con múltiples facturas del mismo proveedor se puede cargar en el envío de una reclamación.
  - o 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, COB, 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 \***  
-- SELECCIONE --

**TIPO DE SERVICIO \***  
-- 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 \***  
Transferencia Bancaria

**CUENTAS BANCARIAS \***  
Nueva Información Bancaria

**INFORMACIÓN DEL BANCO BENEFICIARIO**

**NOMBRE DEL BANCO** **DIRECCIÓN** **APT / SUITE**

**MONEDA \*** **PAÍS \*** **ESTADO/PROVINCIA** **CIUDAD**

USD - Dólar estad... United States SELECT SELECT

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

-- 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.