

INFORME PARA COBRO DE HONORARIOS MEDICOS



Este formato debe ser completado en su totalidad y enviado a usamed@bupalatinamerica.com como requisito para poder cobrar sus honorarios médicos directamente a Bupa. Para poder proceder con el pago de honorarios, el procedimiento médico facturado debe ser: 1. médicamente necesario, 2. debidamente pre-autorizado por Bupa, 3. estar documentado en la historia clínica y 4. estar descrito detalladamente en el presente formato. Al completar el presente formato, el médico firmante se responsabiliza por la veracidad de la información suministrada así como por la omisión de información relevante para determinar la causa, inicio o compensabilidad de la condición. Este documento no será válido si presenta enmendaduras, tachaduras o alteraciones de su contenido el cual se considera válido en su forma original aun cuando se modifique o complemente posteriormente. El presente informe no reemplaza la historia clínica ni los registros médicos, sino que constituye un complemento de los mismos como soporte de los honorarios médicos cobrados por el médico tratante, su equipo quirúrgico o cualquier interconsulta.

DATOS DEL MÉDICO

Nombre Completo del Médico							
Dirección							
Ciudad		Estado/Región		Código Postal			
País			Especialidad				
Tel. Oficina			Tel. Celular				
Email			Número Registro Profesional				

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente							
Número Póliza Bupa		Fecha de Nacimiento				dd/mm/aaaa	
No. de Historia Clínica		No. de habitación					
No. Pre-autorización Bupa							
Nombre Hospital/Institución donde se realiza el procedimiento							

INFORMACIÓN DEL EVENTO MÉDICO

Fecha Ingreso		dd/mm/aaaa		Fecha Egreso		dd/mm/aaaa		Fecha Inicio Síntomas		dd/mm/aaaa	
Diagnostico(s) que soportan el cobro de honorarios (ICD-10):											

PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS COBRADOS

Fecha de Servicio	Código Procedimiento (CPT)	Descripción Procedimiento	Valor Unitario	Cantidad	Valor Total	Notas
VALOR TOTAL A COBRAR						

Firma

--	--	--

Nombre

Firma

Fecha