

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