

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE RECLAMOS SOMETIDOS POR PROVEEDORES – PAGOS DIRECTOS



Tipo de Proveedor	Documentos requeridos	¿Qué debe contener?
<b>Hospital</b>	<b>Factura</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nota fiscal con número de folio</li> <li>Registro fiscal, Tax Id, RFC, RIF, etc.</li> <li>Nombre del paciente y fecha de nacimiento</li> <li>Fecha de ingreso y egreso</li> <li>País / Dirección / Teléfono</li> <li>Monto a pagar</li> <li>Dirigida a una de las siguientes entidades (Indicado en la pág. 2 de la Carta de Autorización Sección “POR FAVOR ENVIAR LAS FACTURAS Y EXPEDIENTES MEDICOS A”):             <ol style="list-style-type: none"> <li>USA Medical Services (pólizas internacionales)</li> <li>Bupa (pólizas locales, varía por país)*</li> </ol> </li> </ol>
	<b>Desglose de los servicios</b>	Detalle de artículos, suministros, medicamentos, cargos de habitación, etc., que soporten el monto en la factura.
	<b>Carta de Autorización ó GOP</b>	Carta emitida por Bupa o por USA Medical Services para autorizar al proveedor a recibir a nuestro asegurado y facturar. Esta carta debe ser actualizada en caso de existir nuevos servicios, días adicionales de hospitalización, nuevos honorarios médicos, etc. Dirigir sus solicitudes de extensión de Carta de Autorización a <b>usamedicalservices@bupalatinamerica.com</b>
	<b>Reporte Médico</b>	Documento que indica el diagnóstico, tratamientos, evolución del paciente e información clínica.
	<b>Soporte de Coordinación de Beneficios</b>	En caso de existir coordinación de beneficios con otras compañías de seguros, favor enviar soporte indicando el monto cubierto.

Pólizas locales sólo emitidas por las siguientes compañías en estos países:

- Bupa Bolivia
- Bupa Ecuador
- Bupa Guatemala
- Bupa México
- Bupa Panamá
- Bupa República Dominicana



Tipo de Proveedor	Documentos requeridos	¿Qué debe contener?
<b>Médico Particular ó Grupo de Médicos</b>	<b>Factura del Médico o Médicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nota fiscal con número de folio</li> <li>Registro fiscal, Tax Id, RFC, RIF, etc.</li> <li>Nombre del paciente y fecha de nacimiento</li> <li>Fecha de ingreso y egreso</li> <li>País / Dirección / Teléfono</li> <li>Monto a pagar:</li> <li>Dirigida a una de las siguientes entidades (Indicado en la pág. 2 de la Carta de Autorización Sección "POR FAVOR ENVIAR LAS FACTURAS Y EXPEDIENTES MEDICOS A"):               <ol style="list-style-type: none"> <li>USA Medical Services (pólizas internacionales)</li> <li>Bupa (pólizas locales, varía por país)*</li> </ol> </li> </ol>
	<b>Carta de Autorización ó GOP</b>	Carta emitida por Bupa o por USA Medical Services para autorizar al proveedor a recibir a nuestro asegurado y luego enviarnos la factura. Esta carta debe ser actualizada en caso de existir nuevos servicios, días adicionales de hospitalización, nuevos honorarios médicos, etc. Dirigir sus solicitudes de extensión de Carta de Autorización a <b>usamedicalservices@bupalatinamerica.com</b>
	<b>Reporte Médico</b>	Documento que indica el diagnóstico, tratamientos, evolución del paciente e información clínica.
	<b>Soporte de Coordinación de Beneficios</b>	En caso de existir coordinación de beneficios con otras compañías de seguros, favor enviar soporte indicando el monto cubierto.
<b>Farmacias o Medicamentos especializados de Alto Costo</b>	<b>Factura del proveedor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nota fiscal con número de folio</li> <li>Registro fiscal, Tax Id, RFC, RIF, etc.</li> <li>Nombre del paciente y fecha de nacimiento</li> <li>Fecha de ingreso y egreso</li> <li>País / Dirección / Teléfono</li> <li>Monto a pagar:</li> <li>Dirigida a una de las siguientes entidades (Indicado en la pág. 2 de la Carta de Autorización Sección "POR FAVOR ENVIAR LAS FACTURAS Y EXPEDIENTES MEDICOS A"):               <ol style="list-style-type: none"> <li>USA Medical Services (pólizas internacionales)</li> <li>Bupa (pólizas locales, varía por país)*</li> </ol> </li> </ol>
	<b>Carta de Autorización ó GOP</b>	Carta emitida por Bupa o por USA Medical Services para autorizar al proveedor a recibir a nuestro asegurado y luego enviarnos la factura. Esta carta debe ser actualizada en caso de existir nuevos servicios, días adicionales de hospitalización, nuevos honorarios médicos, etc. Dirigir sus solicitudes de extensión de Carta de Autorización a <b>usamedicalservices@bupalatinamerica.com</b>
	<b>Recibo del asegurado</b>	Comprobante de recibo del medicamento por parte del asegurado.
	<b>Soporte de Coordinación de Beneficios</b>	En caso de existir coordinación de beneficios con otra compañía de seguros, favor enviar soporte.



Pólizas locales sólo emitidas por las siguientes compañías en estos países:

- Bupa Bolivia
- Bupa Ecuador
- Bupa Guatemala
- Bupa México
- Bupa Panamá
- Bupa República Dominicana



Tipo de Proveedor	Documentos requeridos	¿Qué debe contener?
<b>Exámenes de Alto Costo (CT Scan, MRI, etc.)</b>	<b>Factura del proveedor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nota fiscal con número de folio</li> <li>Registro fiscal, Tax Id, RFC, RIF, etc.</li> <li>Nombre del paciente y fecha de nacimiento</li> <li>Fecha de ingreso y egreso</li> <li>País / Dirección / Teléfono</li> <li>Monto a pagar:</li> <li>Dirigida a una de las siguientes entidades (Indicado en la pág. 2 de la Carta de Autorización Sección " POR FAVOR ENVIAR LAS FACTURAS Y EXPEDIENTES MEDICOS A"):               <ol style="list-style-type: none"> <li>USA Medical Services (pólizas internacionales)</li> <li>Bupa (pólizas locales, varía por país)*</li> </ol> </li> </ol>
	<b>Carta de Autorización ó GOP</b>	Carta emitida por Bupa o por USA Medical Services para autorizar al proveedor a recibir a nuestro asegurado y luego enviarnos la factura. Esta carta debe ser actualizada en caso de existir nuevos servicios, días adicionales de hospitalización, nuevos honorarios médicos, etc. Dirigir sus solicitudes de extensión de Carta de Autorización a <b>usamedicalservices@bupalatinamerica.com</b>
	<b>Reporte Médico y Comprobante de sesiones recibidas</b>	Documento que indica el diagnóstico, tratamientos e información clínica. Hoja o diario de sesiones recibidas firmadas por nuestro asegurado.
<b>Proveedores de:</b> a) <b>Tratamientos Oncológicos (Quimioterapias Radioterapias)</b> b) <b>Tratamientos Prolongados</b> c) <b>Servicios Hospitalarios y de Enfermería a Domicilio</b>	<b>Factura del proveedor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nota fiscal con número de folio</li> <li>Registro fiscal, Tax Id, RFC, RIF, etc.</li> <li>Nombre del paciente y fecha de nacimiento</li> <li>Fecha de ingreso y egreso</li> <li>País / Dirección / Teléfono</li> <li>Monto a pagar:</li> <li>Dirigida a una de las siguientes entidades (Indicado en la pág. 2 de la Carta de Autorización Sección " POR FAVOR ENVIAR LAS FACTURAS Y EXPEDIENTES MEDICOS A"):               <ol style="list-style-type: none"> <li>USA Medical Services (pólizas internacionales)</li> <li>Bupa (pólizas locales, varía por país)*</li> </ol> </li> </ol>
	<b>Carta de Autorización ó GOP</b>	Carta emitida por Bupa o por USA Medical Services para autorizar al proveedor a recibir a nuestro asegurado y luego enviarnos la factura. Esta carta debe ser actualizada en caso de existir nuevos servicios, días adicionales de hospitalización, nuevos honorarios médicos, etc. Dirigir sus solicitudes de extensión de Carta de Autorización a <b>usamedicalservices@bupalatinamerica.com</b>
	<b>Reporte Médico y Comprobante de sesiones recibidas</b>	Documento que indica el diagnóstico, tratamientos e información clínica. Hoja o diario de sesiones recibidas firmadas por nuestro asegurado.
	<b>Soporte de Coordinación de Beneficios</b>	En caso de existir coordinación de beneficios con otras compañías de seguros, favor enviar soporte indicando el monto cubierto.



Pólizas locales sólo emitidas por las siguientes compañías en estos países:

- Bupa Bolivia
- Bupa Ecuador
- Bupa Guatemala
- Bupa México
- Bupa Panamá
- Bupa República Dominicana