

## República Dominicana

### **Gastos Erogados en Territorio Nacional**

- Suministre el comprobante del hospital, clínica o sanatorio con diagnóstico y número de días de estancia (alta hospitalaria).
- Informes médicos correspondientes detallados donde indique la participación del médico tratante (notas médicas del hospital).
- Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico.
- Los gastos de laboratorio deben incluir un desglose detallado y en su caso, interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
- Los gastos farmacéuticos deben incluir una lista con la descripción de todos los medicamentos adquiridos y una copia de la receta.
- Para asegurados entre 19 y 24 años de edad, deberá enviar una copia del certificado de estudiante a tiempo completo o una constancia de la escuela en papel membretado donde se diga que el menor es estudiante de tiempo completo, así como una declaración por escrito, firmada por el asegurado principal, declarando bajo protesta de decir verdad que el estado civil del asegurado es soltero.
- En caso de un procedimiento quirúrgico o una biopsia, incluya el informe de patología. En caso de trauma nasal, incluya radiografías, informe de radiología e informe de la sala de emergencia.
- En caso de rehabilitación, incluir bitácora con fecha de servicio firmada por el paciente, plan de tratamiento firmado por el médico tratante.
- Al presentar un reclamo para un recién nacido, deberá incluir en su caso el acta de nacimiento o el certificado de nacimiento o alumbramiento este último expedido por el hospital donde nació el recién nacido.
- En caso de un accidente favor de llenar la sección “aviso de accidente” remitiendo copia del informe de la autoridad que tomó conocimiento del mismo, en su caso; así como cualquier documentación proporcionada por la aseguradora (distinta a Bupa Dominicana) que haya intervenido en el accidente e informe médico correspondiente.

**Envíe la solicitud de reembolso y los documentos adjuntos (pueden enviarse en formulario PDF, TIF o JPG) al correo [BDominicana@bupalatinamerica.com](mailto:BDominicana@bupalatinamerica.com) indicando en el asunto nombre del paciente y su número de póliza.**