

Sus reclamaciones en toda sencillez

Para afiliados sujetos a evaluación médica

Para su comodidad, en este documento le resumimos nuestro proceso de reclamación de gastos médicos. Note que las solicitudes de reembolso son tramitadas y las instrucciones de pago son enviadas al banco del afiliado dentro de 48 horas tras la recepción del formulario de solicitud, si éste es completado debidamente con toda la información requerida. Ayúdenos por favor a agilizar el proceso de tramitación siguiendo los pasos que le indicamos a continuación.

Reclamaciones para tratamientos en hospitalización

Si necesita tratamientos en hospitalización, contactamos con su proveedor de servicios médicos para efectuar el pago directo de sus gastos, siempre que sea posible y siempre que la necesidad de recibir el tratamiento se nos notifique con suficiente antelación. El **pago directo** le proporciona la ventaja de acceder a la atención médica sin pagar: Allianz Worldwide Care abona la factura tratando directamente con el hospital.

Para permitirnos organizar el pago directo de las prestaciones hospitalarias de forma rápida y eficiente, le agradeceríamos seguir los pasos indicados a continuación.

Para **tratamientos planificados** con antelación:

1. descargue el formulario de garantía de pago (disponible en varios idiomas) de nuestro sitio Web: www.allianzworldwidecare.com/members;
2. cumplimente junto a su médico las secciones correspondientes del formulario **antes** de empezar el tratamiento;
3. envíenos el formulario debidamente completado al menos cinco días laborables antes de que empiece su tratamiento. Puede enviarlo de las siguientes formas:
 - por fax al número: + 353 1 653 1780;
 - por correo electrónico (escaneando el documento) a la dirección: medical.services@allianzworldwidecare.com;
 - por **correo postal** a la dirección que aparece en el mismo formulario.

La información proporcionada en el formulario de garantía de pago es necesaria para evaluar su caso médico y organizar el pago.

El formulario de garantía de pago está disponible en versión PDF o Word y puede ser completado electrónicamente, para que pueda guardarlo y utilizarlo una y otra vez sin tener que volver a rellenar los campos de información personal.

Si tiene a mano todos los datos necesarios para cumplimentar el formulario de garantía de pago y su tratamiento va a empezar dentro de 72 horas, llame la línea de asistencia telefónica para completar el formulario telefónicamente.

Para tratamientos de **emergencia**:

1. usted mismo, su médico, uno de sus dependientes o una persona de confianza debe comunicarse con nuestra línea de asistencia telefónica dentro de 48 horas tras el ingreso en hospital, para informarnos del asunto;
2. un formulario de garantía de pago debe ser enviado lo antes posible para proporcionarnos toda la información necesaria para el pago directo.

Para cualquier consulta acerca de su póliza de salud de Allianz Worldwide Care, comuníquese con nuestra **línea de asistencia telefónica** al número: +353 1 630 1304 o envíe un mensaje de correo electrónico a la dirección: client.services@allianzworldwidecare.com.

www.allianzworldwidecare.com

Reclamaciones para tratamientos ambulatorios

Si necesita tratamientos ambulatorios, debe pagar los gastos directamente a su proveedor de servicios médicos y luego solicitar el reembolso a Allianz Worldwide Care, siguiendo los pasos que se describen a continuación:

1. descargue el formulario de solicitud de reembolso (disponible en varios idiomas) de nuestro sitio Web: www.allianzworldwidecare.com/members y llévelo consigo a la cita con el médico;
2. pida a su médico una **factura** donde se indique claramente su nombre, la fecha del tratamiento, el **diagnóstico** o la enfermedad que ha sido tratada, la fecha en que se manifestaron los síntomas, el **tipo de tratamiento recibido** y la **cantidad** a abonar;
3. **cumplimente las secciones de 1 a 4 y la sección 7 del formulario de solicitud de reembolso** (las demás secciones deben rellenarse solamente si la factura no indica el diagnóstico y el tipo de tratamiento);
4. **envíenos** el formulario de solicitud de reembolso y la documentación original necesaria (facturas y recibos médicos) de las siguientes formas:
 - por fax al número: +353 1 645 4033;
 - por correo electrónico (escaneando el documento) a la dirección: claims@allianzworldwidecare.com;
 - por **correo postal** a la dirección que aparece en el mismo formulario.

El formulario de solicitud de reembolso está disponible en versión PDF o Word y puede ser completado electrónicamente, para que pueda guardarlo y utilizarlo una y otra vez sin tener que volver a rellenar los campos de información personal.

El **diagnóstico** o la información sobre la enfermedad son datos esenciales para **evaluar** si su plan cubre el tratamiento en cuestión. Si no nos indica el diagnóstico, su solicitud se tramitará con retraso porque tendremos que comunicarnos con usted o con su médico para solicitar los datos necesarios.

Los **formularios de solicitud de reembolso** nos proporcionan toda la información que necesitamos para evaluar y tramitar su solicitud, así que es importante rellenarlos debidamente. En su propio beneficio, le pedimos el envío de un formulario de solicitud de reembolso para cada distinto tratamiento, puesto que algunos datos, como los datos bancarios o la dirección de **correo electrónico**, pueden cambiar con el tiempo y sin ellos no podemos tramitar su solicitud. Le enviaremos un mensaje de correo electrónico a la dirección proporcionada en el formulario de solicitud de reembolso **en cuanto éste sea tramitado**. Además, su **notificación de pago** y su **extracto de cuenta** se le enviarán por correo electrónico.

Tenga en cuenta que **para algunos tratamientos ambulatorios es necesario enviar un formulario de garantía de pago**. Estos tratamientos se indican en su tabla de prestaciones.