



# Formulario para solicitud de reembolso del seguro médico

## ¿Desea presentar una solicitud de reembolso? Entonces, primero lea la siguiente información

### ¿ Hizo una cita?

Hágala con anticipación para entregar su solicitud de reembolso y recuperar las facturas y comprobantes de pago procesados.

### Una solicitud de reembolso es personal

Para cada miembro de la familia se requiere una solicitud de reembolso separada, conforme los puntos que se indican a continuación.

### Pago de una factura

Zorgverzekeringskantoor (ZJCN, Oficina del Seguro Médico) siempre le paga la factura a usted. Usted paga la factura al médico, a la institución, etc. Si usted declara la factura a Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN) lo antes posible después de recibirla, nos encargaremos de que reciba la notificación de la solicitud de reembolso lo más antes posible.

### Autorización previa Artículo 10 apartado 4

En algunos casos, necesitará una autorización previa. Por ejemplo, para el Artículo 10, apartado 4. Puede contactar ZJCN para obtener información sobre cuándo se requiere una autorización previa.

### Carta de garantía

¿Recibió una carta de garantía? Entonces adjúntela a su solicitud de reembolso.

### Asistencia médica después de un accidente

Si su factura se relaciona con un accidente del que podría ser responsable un tercero, por favor indíquelo en el formulario de solicitud de reembolso y en la factura correspondiente. En ese caso, le solicitaremos más información sobre el accidente para determinar si la responsabilidad recae sobre terceros. Esto no tiene consecuencias para su reembolso; usted recibirá lo que le corresponde.

### Periodo de solicitud de reembolso

Presente la solicitud de reembolso a ZJCN lo más antes posible. Las solicitudes con fechas superiores a 12 meses no se procesarán.

### ¿Son correctos los siguientes datos: su nombre, dirección, número de teléfono y datos bancarios?

Esto es importante para el pago y el posible contacto de ZJCN sobre su solicitud de reembolso.

### Declaración de consentimiento

Al firmar el formulario de solicitud de reembolso, usted confirma que su solicitud cumple con las condiciones que se indican a continuación. En caso que su solicitud de reembolso no cumpla con estas condiciones, nosotros no podemos aceptarla.

## ¿Con qué debe cumplir mi solicitud de reembolso?

- Usted estaba registrado/a en ZJCN cuando se produjeron los gastos.
- Usted tomó inmediatamente contacto con ZJCN, en caso de enfermedad, accidente o al ingresar a un hospital en el exterior.
- Usted ha proporcionado una explicación. Esta explicación es obligatoria.
- Usted firmó el formulario de solicitud de reembolso.
- Usted adjunta la referencia del médico de cabecera y/o la declaración médica del médico tratante.
- Usted adjunta las facturas originales del médico/hospital/emergencia y los comprobantes de pago originales de estas facturas.

**No se tramitarán las solicitudes de reembolso que estén incompletas.**

# Formulario para solicitud de reembolso del seguro médico

Número de orden

Por favor, llenar en LETRAS MAYÚSCULAS

## 1 Solicitante, mis datos son:

Nombre: (completo)

Apellido (*apellido de soltera en caso de mujer casada*)

Número de documento de identidad (sedula)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Dirección

Localidad

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono durante el día

Número de cuenta bancaria

Nombre y lugar del banco

Nombre del titular de la cuenta

## 2 Facturas que se declaran

Por favor, al presentar su solicitud de reembolso incluya las facturas originales con las eventuales remisiones. La Oficina del Seguro Médico (ZJCN) les pondrá un sello, las escaneará inmediatamente y se las devolverá. Llene este formulario completamente.

**No se tramitarán las solicitudes de reembolso que estén incompletas.**

Factura de (médico, centro, etc.)	Fecha de la factura (mm/dd/aaaa)	Moneda	Monto total de la factura	Descripción cuidado medico
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 US\$ = 1,78 NAF

Número de anexos

Total en USD:

# Formulario para solicitud de reembolso del seguro médico

## 3 Información extra sobre el extranjero

¿En qué país y en qué lugar se han realizado los gastos?

---

Nombre del médico de familia/ médico de cabecera/especialista

---

¿Hubo ingreso al hospital?

SÍ  NO

Nombre del centro asistencial/hospital

---

Lugar y país del centro asistencial/hospital

---

## Razones de la solicitud de reembolso

- Remisión médica
- Autorización en virtud del artículo 10, apartado 4
- Urgencia durante vacaciones (adjunte carta del especialista)
- Compensación de lentes
- Otros, a saber:

---

## Comentarios o explicación sobre el importe declarado (ES OBLIGATORIO LLENARLO).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Formulario para solicitud de reembolso del seguro médico

## 4 Firma

Declaro que este formulario fue llenado con exactitud, que está completo y se completo con la verdad.

Lugar

Fecha (mm/dd/aaaa)

| \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

Número de anexos

| \_\_\_\_\_ |

Firma

| \_\_\_\_\_ |

## A llenar por la Oficina del Seguro Médico:

| \_\_\_\_\_ |

Recibido el: (mm/dd/aaaa)

| | | | | | | | | |

Recibido por:

| \_\_\_\_\_ |