

**MAPFRE****PANAMÁ****No.****RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS****INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO**

1. No. de póliza CERT.		Nombre del Grupo		2. Nombre del asegurado (dueño de póliza)		Fecha de Nac. (dueño de póliza)		3. Cédula	
4. Teléfono:		5. Nombre del paciente:			6. Fecha de Nac. del Paciente: Día _____ Mes _____ Año _____			7. Sexo ☐ M ☐ F	
8. Favor detalle el total de gastos que Ud. está presentando:		9. En caso de accidente, explique donde _____ cuando _____ y como sucedio _____			10. Si posee Ud. otro seguro que pudiera cubrir parte de los gastos, indique: Tipo de Seguro ☐ Hospitalización ☐ Auto ☐ Acc. Personal Nombre de la Cía. Aseguradora				
Consulta \$ _____		Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Así mismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo. Firma _____ Fecha _____ AUTORIZACION PARA REEMBOLSO DIRECTO A MEDICO Y/O HOSPITAL Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/u hospital por los servicios prestados. Firma _____ Fecha _____							
Medicamentos \$ _____									
Laboratorio \$ _____									
Rayos X \$ _____									
Cirugía \$ _____									
Exámenes Especiales \$ _____									
Otros \$ _____									
TOTAL \$ _____									

INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

11. Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día _____ Mes _____ Año _____					☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Embarazo (FUM)						
12. DIAGNOSTICO (FAVOR UTILICE COD.)										CODIGO	
13. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SERVICIO MEDICO SUMINISTRADO											
Fecha		Lugar (Cod.)*		Describa el procedimiento quirúrgico o servicio médico				Código		Cargo	
								Total			
*Código de lugar de Servicio: (PH) Paciente Hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro Lugar (U) Urgencias											
14. Indique los exámenes de Laboratorio o Rayor X que Ud. ordenó:											
15. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? Día _____ Mes _____ Año _____				Diagnóstico:				16. Nombre del Médico que lo refirió:			
Certifico que atendí al paciente arriba indicado y que las declaraciones que he hecho corresponden a los servicios que he prestado.											
Nombre del médico tratante				Firma del médico tratante				Fecha			
Nombre o razón social						Céd. o Ruc			Tel. Clínica		