

## RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS MINISTERIO DE SEGURIDAD

### INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

|   |  |  |  |   |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| 1. No. De póliza CERT. Estamento                              |  | 3.Nombre del asegurado ( dueño de póliza)  |  | Fecha de Nac. (dueño de póliza)   |  | 4.Cédula   |  |
| 2.Fecha de ingreso  |  | 6.Nombre del paciente:   |  | 9.Fecha de Nac. Del paciente:   |  | 10.Sexo:   |  |
| 5.Telefono/Celular:   |  | 7.No. de empleado  |  | 8. Oficial admin.   |  | Día ___ Mes ___ Año ___<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  |
| 11. Favor detalle el total de gastos que Ud. Está presentando |  | 12.En caso de accidente, explique  |  | 13.Si posee Ud. otro seguro que pudiera cubrir parte de los gastos, indique:<br>Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Acc. Personal  |  |  |  |
| Consulta \$ _____   |  | Donde _____  |  | Nombre de Cía. Aseguradora  |  |  |  |
| Medicamentos \$ _____   |  | Cuándo _____   |  |   |  |  |  |
| Laboratorios \$ _____   |  | Y cómo sucedió _____   |  | 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.<br>Firma _____ Fecha _____ |  |  |  |
| Rayos X \$ _____  |  | Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/u hospital por los servicios prestados.<br>Firma _____ Fecha _____ |  |   |  |  |  |
| Cirugía \$ _____  |  |  |  |   |  |  |  |
| Exámenes Especiales \$ _____                                  |  |  |  |   |  |  |  |
| Otros \$ _____  |  |  |  |   |  |  |  |
| <b>TOTAL</b> \$ _____   |  |  |  | <b>AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y /O HOSPITAL</b>   |  |  |  |

| 14.Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día ___ Mes ___ Año ___  |               | <input type="checkbox"/> Enfermedad                    |  | <input type="checkbox"/> Accidente |                                     | <input type="checkbox"/> Embarazo (FUM) |       |
|--|---------------|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|-------|
| 15.DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE COD.)  |               |  |  |                                    |                                     | CÓDIGO                                  |       |
| 16.DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SERVICIO MÉDICO SUMINSISTRADO   |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
| Fecha  | Lugar (Cod.)* | Describa el procedimiento quirúrgico o servicio médico |  |                                    |                                     | Código                                  | Cargo |
|  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
|  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
|  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
|  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
|  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
|  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
|  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
|  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
| <b>Total</b>   |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
| *Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA)Paciente Ambulatorio (OL) Otro Lugar (U) Urgencias   |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
| 17. Indique los exámenes de laboratorio o Rayos X que Ud. ordenó:  |               |  |  |                                    |                                     |   |       |
| 18. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez?<br>Día ___ Mes ___ Año ___  |               | Diagnóstico:   |  |                                    | 19.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  |               | Ced. o Ruc   |  |                                    | Tel. Clínica                        |   |       |
| Relevo de todo tipo de Responsabilidad Civil o Penal o Administrativo a <b>MAPFRE   PANAMA, S.A.</b> , a su Vicepresidente Ejecutivo, Representante Legal, o a sus accionistas, directores, dignatarios y empleados de aquel o aquellos, en caso que los asegurado(s) del Ministerio de Seguridad de la República de Panamá no dispongan del pago correspondiente del coaseguro, co-pago, deducible o máximo desembolso y otros, por lo que autoriza a <b>MAPFRE   PANAMA, S.A.</b> su traslado a otro centro médico de su predilección, y en consecuencia, no tendrá ningún tipo de reclamación en contra de cualesquiera personas antes indicadas.<br>Esta decisión la he tomado libre y voluntariamente, y sin coacción, intimidación o incentivo alguno.<br><p style="text-align: center;">Firma del Asegurado _____</p> |               |  |  |                                    |                                     |   |       |

### INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

### RECIBO DE RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS

| FECHA | PÓLIZA | CERTIFICADO | FECHA DE ENTREGA | ASEGURADO |
|-------|--------|-------------|------------------|-----------|
|       |        |             |                  |           |

RECLAMOS PRESENTADOS

|             |           |           |
|-------------|-----------|-----------|
| RECLAMANTE: | RELACIÓN: | RECLAMOS: |
|-------------|-----------|-----------|

Estimado Asegurado:

Ayúdenos a presentarle un SERVICIO DE CALIDAD Y TRAMITARLE RÁPIDAMENTE SU RECLAMO, cumpliendo con las siguientes instrucciones:

1. Conteste TODAS LAS PREGUNTAS de este formulario.
2. Adjunto RECIBOS Y/O FACTURAS ORIGINALES detalladas por los servicios que usted ha pagado (Consultas, Medicamentos, Laboratorios, Rayos X, y otros.)
3. Adjunto ORDENES Y RECETAS MEDICAS correspondientes a cada uno de estos servicios.
4. Recuerde utilizar el FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN en caso de Cirugía maternidad o tratamientos programados que involucren reclusión hospitalaria, ciertos procedimientos ambulatorios y exámenes especiales. Este formulario lo puede obtener en nuestro Departamento de Reclamos – Salud, Hospitales y/o Clínicas.
5. En caso de reclamo de hijo dependiente que haya cumplido los 21 años pero menos de 25 años, ADJUNTE COPIA del último recibo de matrícula.

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trasciendan aún después de mi fallecimiento, mi libre intención en autorizar a todo médico, hospital o clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país del extranjero, que tenga datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y para clínico, dictamen, diagnóstico, pre diagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionadas con mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia auténtica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a dar a MAPFRE Panamá, S.A. o a su representante autorizado esta información.

Con esta manifestación de voluntad libre y espontánea, autorizo a los hospitales, médicos, laboratorios, clínicas o cualquiera otra institución similar, en donde haya sido atendido, a entregar MAPFRE Panamá, S.A. o sus representantes, cualquier información que guarde relación con lo antes expuesto.

Por todo lo anterior relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia auténtica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de esta información es esencial para que MAPFRE Panamá, S.A. pueda hacer una justa valoración sobre la cirugía o tratamiento a efectuarse. Esta información será usada para determinar si la cirugía o tratamiento y los costos relacionados serán cubiertos.

MAPFRE Panamá, S.A. también podrá solicitar una segunda opinión cuando el caso lo amerite. Una fotocopia de autorización será tan válida como su original.

**En caso de solicitar sus pagos por transferencia bancaria favor documentar los siguientes datos:**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre completo del banco \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: Ahorro \_\_\_\_\_ Corriente \_\_\_\_\_

Número de cuenta con guiones \_\_\_\_\_

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_

De realizar cambios en la cuenta, deberá notificar por escrito a MAPFRE PANAMÁ S.A. para realizar los cambios oportunamente. Favor adjuntar copia de cédula de identidad personal.

**Apartado 0816-03629 Panamá, Rep. De Panamá Tel. 378-9800 FAX 378-9898**

**ATENCIÓN 24 HORAS TELÉFONO: 390-9090**

**pre-autorizaciones@mapfre.com.pa**