

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				
5.Telefono/Celular:	6.Nombre del paciente:	8. Oficial admin.	9.Fecha de Nac. Del paciente: Día ____ Mes ____ Año ____	10.Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
7.No. de empleado				
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: 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 _____		
Rayos X	\$ _____	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 _____		
Cirugía	\$ _____			
Exámenes Especiales	\$ _____			
Otros	\$ _____			
TOTAL	\$ _____	AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO 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 _____		

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			
				Total			
*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? 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			
<p>Relevo de todo tipo de Responsabilidad Civil o Penal o Administrativo a MAPFRE PANAMA, S.A., 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 MAPFRE PANAMA, S.A. 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.</p> <p style="text-align: center;">Esta decisión la he tomado libre y voluntariamente, y sin coacción, intimidación o incentivo alguno.</p> <p style="text-align: center;">Firma del Asegurado _____</p>							

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

RECIBO DE RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS

FECHA	PÓLIZA	CERTIFICADO	FECHA DE ENTREGA	ASEGURADO

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