

Presentación de Reclamos y Prueba del Siniestro.

Requisitos:

(A fin de que MAPFRE pueda atender un reclamo para el reconocimiento de alguna de las coberturas bajo su plan, el Asegurado Principal o Contratante, según sea el caso, deberá cumplir con los siguientes requisitos).

A. El reclamo deberá presentarse a MAPFRE en los formularios que suministrará para tal fin.

B. El Asegurado se cerciorará que el médico tratante suministre en el “formulario de reclamo” la información que a él se le solicita, indicando claramente el diagnóstico del padecimiento del asegurado.

C. El formulario deberá estar acompañado de los siguientes documentos en **original** y emitidos con las formalidades legales correspondientes.

♦ Facturas o recibos individualizados detallados o estados de cuentas detallados, correspondientes a las atenciones o servicios médicos u hospitalarios recibidos por el Asegurado, haciendo constar el pago de dichas atenciones o servicios.

♦ Recetas médicas y recibos detallados por la compra de medicamentos.

♦ Órdenes para exámenes de laboratorios y recibos detallados del pago por dicho servicio.

♦ Los medicamentos de uso prolongado deben indicar el diagnóstico y ser renovada cada seis (6) meses.

♦ En caso de Cirugía, Maternidad o Tratamientos Programados que involucren reclusión hospitalaria, Procedimientos Ambulatorios y/o Exámenes Especiales, recuerde utilizar el formulario de “Pre-autorización e Historia Clínica”. Este formulario lo puede adquirir directamente en nuestro Depto. de Reclamos, Atención al Cliente-Salud, Hospitales y/o Clínicas.

♦ En caso de Reclamos de hijos dependientes que haya cumplido los 21 años pero menor de 24 a 25 años, se requiere que adjunte copia del último recibo de Matrícula.

Información que deberá suministrar el médico tratante.

- El médico tratante debe completar el formulario de reclamo, preguntas N° 11 a la 16.
- Firmar el documento en letra imprenta o legible.
- Nombre o razón social.
- Sello con códigos y registros correspondientes.
- Número de cédula o R.U.C.
- Número(s) de teléfono(s).

Puntos importantes a recordar.

Las pólizas asociadas a una Red han sido diseñadas para que el asegurado reciba sus beneficios mediante la utilización de los Servicios de la Red de Proveedores Preferidos de MAPFRE PANAMA, S.A. (Médicos, hospitales y clínicas, asociadas a la red de su plan).

Co-pagos.

Se establece el sistema de co-pago para cuando se utilicen la Red de Proveedores Preferidos, los cuales están especificados en los servicios cubiertos. Los mismos pueden ser cambiados por la Compañía, y el Asegurado tendrá acceso a la información actualizada cuando él así lo solicite.

Deducible y Máximo Desembolso.

Cada persona asegurada debe satisfacer la cantidad deducible, indicada en el certificado de póliza, para cada año calendario con gastos por Servicios Cubiertos.

Luego que el deducible haya sido satisfecho, la Compañía pagará el porcentaje indicado en la Sección de Servicios Cubiertos y el asegurado cubrirá el porcentaje o la diferencia restante por Servicios Cubiertos, hasta el límite del máximo desembolso correspondiente a su plan. El porcentaje de gastos que la persona asegurada paga en concepto de máximo desembolso, co-pagos y deducibles no podrá ser utilizado para una reclamación.

Por Reclusión Hospitalaria.

Toda reclusión hospitalaria requiere del formulario de pre-autorización, de lo contrario, se reduce al porcentaje establecido en los Servicios Cubiertos, salvo en aquellos servicios en que se indique otra condición.

Exámenes y Procedimientos Especiales que requieren pre-autorización.

A continuación presentamos lista enunciativa, más no limitativa. (La Compañía se reserva el derecho de añadir otras pruebas o tratamientos.)

- Arteriografías
- Cateterismo cardiaco
- MIBI
- Prueba de thalium
- Resonancia Magnética- Proced. endoscópicos
- Angio RMI
- Desintometría ósea
- Ecocardiografía
- Prueba de esfuerzo
- Estudios patológicos (Biopsias)
- Infiltraciones y Bloqueos - Quimioterapia
- Tomografías axial computarizada (CAT)
- Infusión y otros procedimientos y tratamientos de oncología.

Y otros no descritos, que a consideración de la Compañía sean Exámenes y Procedimientos Especiales y requieran del formulario de pre-autorización.

-Servicios Cubiertos por Cirugía - se requiere de pre-autorización.

Este beneficio de cirugía se pagará de acuerdo a los gastos usuales y acostumbrados establecidos por MAPFRE y de acuerdo a las Condiciones Particulares de la póliza.

- **Honorarios de un Cirujano:** como resultado de una operación quirúrgica, necesaria por una lesión accidental o enfermedad, o la reparación de una dislocación o fractura.

- **Los servicios de un Cirujano Asistente:** - se requiere de pre-autorización.

Previa autorización de la Compañía y se cubre como un porcentaje (%) de los gastos elegibles pagados por MAPFRE por los honorarios del cirujano principal, estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- **Administración de Anestesia:** por un anestesista profesional se cubre como un porcentaje (%) de los gastos por MAPFRE por los honorarios del cirujano principal estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Atención Facultativa y Tratamiento por un médico.

Se cubrirá honorarios del médico tratante por la atención o tratamiento con base a los honorarios usuales y acostumbrados establecidos por MAPFRE y estará limitada a una (1) visita.

Consultores Médicos: solo en los casos previamente autorizados por MAPFRE.

Servicio por Atención en Caso de Urgencia.

Este servicio no requiere Pre-autorización por escrito por parte de MAPFRE a menos que otra cosa sea dispuesta en las Condiciones Particulares de la póliza.

MAPFRE cubrirá los gastos elegibles por los servicios de un hospital o clínica de atención de urgencia y sólo si están relacionados con un accidente o una enfermedad Crítico Detallada, según se define en las cláusulas de su póliza. Solamente los costos por la utilización del Cuarto de Urgencia (que incluye materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos básicos - solo los necesarios para la estabilización del paciente en el cuarto de urgencia - adicionalmente incluye el médico general y enfermera de turno de esta facilidad.

Lo anterior siempre sujeto a los co-pagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan en las Condiciones Particular de su plan.

“Urgencia”: se define como una condición médica que inesperada y gravemente ponga en peligro la vida del asegurado y que requiera cuidado inmediato dentro de las 48 horas posteriores a su inicio.

Requisito de Pre-autorización.

La pre-autorización es requisito indispensable y obligatorio para recibir cualquier servicio derivado de las coberturas de su póliza, deberá ser solicitada, por lo menos, con tres (3) a cinco (5) días de anticipación.

La **Pre-Autorización** deberá ser cursada a LA COMPAÑIA mediante el formulario designado para estos efectos, el cual estará a disposición del asegurado cuando él así lo solicite. El formulario de Pre- Autorización deberá acompañarse de cualquier documentación que sea requerida por LA COMPAÑIA para la evaluación de dicha solicitud

CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIAMENTE AMBULATORIOS.

Requisito: Pre-autorización y resultados de patología en los procedimientos que así lo requieran.

- Cataratas
- Pterigio
- Conización del Cervix
- Dilatación y Curetaje
- Endoscopias y Cistoscopias
- Hemorroidectomía externas
- Herniorrafia Umbilical e Inguinal
- Artroscopia
- Broncoscopia (con o sin Biopsia)
- Incisión y Drenaje de Quiste Pilonidal
- Biopsia de Mama
- Laparoscopia
- Circuncisión
- Cauterización Cervical
- Colposcopia
- Quiste de Bartolino
- Túnel del Carpo
- Reducción de Luxaciones
- Laringoscopia
- Polipectomía
- Varicocelelectomía
- Resección de Tumores Superficiales
- Onicectomía
- Colonoscopia
- Fotocoagulación
- Tenorrafia
- Cirugía Ocular (salvo en aquellos casos que las Condiciones Particulares de la póliza, la excluya.)

SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, MEDICAMENTOS Y OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

El servicio de consulta externa, medicamentos y otros medios diagnósticos con prescripción médica, incluirán sólo los siguientes rubros.

Honorarios por atención médica en el consultorio -ya sea por médico general o especialista-, respetando el criterio de honorarios razonables, usuales y acostumbrados, estipulados por MAPFRE.

Para consultas externas:

1. Toda consulta deberá ser atendida, en primer lugar, por el medico asignado (Médico General, Médico Internista, Médico Familiar, Médico Ginecólogo y Médico Pediatra) de su elección que esté adscrito al plan y listado en la red médica Mapfre.
2. En caso tal el asegurado no utilice los médicos de atención primaria, la consulta será vía reembolso al asegurado en donde se cubrirá al 60% del costo pactado con la red médica. Es decir el asegurado deberá cancelar el 100% de la consulta directamente al proveedor médico y someter el reclamo a MAPFRE para reembolso según lo antes indicado.
3. Los Médicos Primarios serán los únicos facultados para poder referirlo a Médicos Especialistas. En dicho caso, el médico primario le brindará una referencia médica para atención con especialista. El asegurado deberá seleccionar el especialista de su preferencia de acuerdo al listado de la red médica y deberá llevar la referencia de atención primaria el día de la consulta con el especialista.
4. Recuerde que usted deberá pagar al médico un co-pago, al finalizar su consulta siempre y cuando este médico esté dentro de la red médica adscrita al plan.
5. En caso que en alguna de las provincias de Panamá no exista un médico primario, podrá consultar directamente al especialista.

Para todo tipo de atención en el extranjero es decir fuera de la República de Panamá, deberá comunicarse directamente al teléfono No. **305-892-2125**

Medicamentos medicamento necesarios para el tratamiento de un padecimiento y, siempre y cuando, sean prescritos por un médico.

Rayos X. Exámenes de laboratorios para diagnósticos, médicamente ordenados y otros medios diagnósticos. Todo lo anterior siempre sujeto adicionalmente a los co-pagos, coaseguros y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o establecida en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza Vigentes.

Servicios de Terapias Fisiomioneurorestaurativa

Se reembolsan después de deducible

Servicios prestados por Enfermeras.

Siempre requerirán pre-autorización por escrito de MAPFRE. Son servicios privados especiales de enfermería por un profesional graduado y debidamente registrado como tal, siempre sujeto a los co-pagos, coaseguros y/o deducibles limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura

Aplica período de espera de 12 meses para las siguientes cirugías:

- Adenoidectomía y Amigdalectomía.
- Artroscopías, cirugías de hombro y rodilla.
- Circuncisión por enfermedad.
- Colectectomía y reclusión hospitalaria.
- Cirugía de tiroides.
- Cirugías de Senos Paranasales, Cornetes.
- Cirugías por padecimientos oculares, incluyendo Cataratas, Pterigión, Chalazión, entre otros.
- Cirugías por padecimientos de las mamas.
- Cirugías y Procedimientos por padecimientos de Columna Vertebral.
- Cirugías y Procedimientos por padecimientos de sistema reno-uterar.
- Endoscopias y Colonoscopias.
- Endometriosis.
- Escisión de quistes sebáceos.
- Hernias.
- Hemorroidectomía.
- Hidrocelelectomía y Varicelectomía Laparotomías o Laparoscopías por enfermedades de útero, ovarios o vejiga.
- Procedimientos laparoscópicos (con la excepción apendicectomía laparoscópica).



Teléfono 24 horas

MAPFRE

390-9090 #5



Presentación de Reclamos y Prueba del Siniestro



www.mapfre.com.pa

**Costa del Este, diagonal a Business Park
Panamá, Ciudad de Panamá**

Telefonos: 378-3900/8900/9700/9800

Fax: 378-9891

Aparatado postal: 0816-03629