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:

Consulta $ _____

Medicamentos $ _____

Laboratorio $ _____

Rayos X $ _____

Cirugía $ _____

Exámenes Especiales $ _____

Otros $ _____

TOTAL $ _____

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 Cia. Aseguradora

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

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

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