ASEGURADORA MUNDIAL
UN MUNDO DE SOLIDEZ

RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS

TELETON 20-30

INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. No. de póliza / Nombre del Grupo	2. Nombre del asegurado (dueño de póliza)	3. Cédula

4. Teléfono:	5. Nombre del paciente:	6. Fecha de Nac.: Día _____ Mes _____ Año _____	7. Sexo ☐ M ☐ F

8. Favor detalle el total de gastos que Ud. está presentando:

Consulta B/. _____

Medicamentos B/. _____

Laboratorio B/. _____

Rayos X B/. _____

Cirugía B/. _____

Exámenes Especiales B/. _____

Otros B/. _____

TOTAL B/. _____

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

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

14. Indique los exámenes de Laboratorio o Rayor X que Ud. ordeno:

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.

Firma del médico tratante _____ Fecha _____

Nombre o razón social	Céd. o Ruc	Tel. Clínica

AM1-53

Estimado Asegurado:

Ayúdenos a prestarle un SERVICIO DE CALIDAD y TRAMITARLE RAPIDAMENTE SU RECLAMO, cumpliendo con las siguientes instrucciones:

1. Conteste TODAS LAS PREGUNTAS de este formulario.

2. Adjunte RECIBOS Y/O FACTURAS ORIGINALES detalladas por los servicios que usted ha pagado (Consultas, Medicamentos, Laboratorios, Rayos X, etc.

3. Adjunte ORDENES Y RECETAS MEDICAS correspondientes a cada uno de estos servicios.

4. Recuerde utilizar el FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION en caso de Cirugía, Maternidad o Tratamientos Programados que involucren reclución 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 menor de 25 años, ADJUNTAR COPIA del último recibo de matrícula.

MUCHAS GRACIAS!

ASEGURADORA
MUNDIAL
UN MUNDO DE SOLIDEZ

Apartado 8911 Panamá 5, Rep. de Panamá TEL 207-8700 FAX 207-8656