

Reclamación de Servicios Médicos

Autorización No.: _____

Datos del Paciente

Nombre del Paciente _____ Certificado No. _____

Cédula/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Declaración de Salud

 1. ¿Tiene usted seguro en otra compañía? SÍ NO En caso afirmativo indicar el nombre de la compañía y el No. de póliza: _____

 2. Si la atención médica es a causa de accidente, indique fecha, hora, lugar y cómo sucedió: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora: _____ Lugar: _____ Detalles: _____

3. En caso de accidente de auto, si el responsable es un tercero, indique: Nombre / Teléfono / Compañía: _____

4. Si la atención médica es por enfermedad, indique la fecha de los primeros síntomas: Día _____ Mes _____ Año _____

 5. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento médico por esta enfermedad? SÍ NO En caso afirmativo indique nombre del médico consultado y clínica: _____

 6. Si la atención es a causa de embarazo, indique fecha de inicio: Día _____ Mes _____ Año _____
 Nombre del ginecólogo _____

Datos del Médico Tratante

Nombres del Médico _____ Registro Médico y D.V. _____

 Teléfonos _____ Modo de Pago: Cheque ACH (Debe haber completado un formulario previo)

 Tipo de caso: Consulta Ambulatorio: Consultorio Hospital Emergencia

Emisión de pago a nombre de (sello, RUC, DV) _____

Diagnóstico	Descripción			Código ICD-9
Dx. Principal				
Dx. Secundarios				
Dx. Secundarios				
Fecha	Lugar de Servicio	Código	Descripción del procedimiento	Monto

Este formulario debe ser completado en su totalidad y enviado a la dirección: Ave. Ricardo Arango, Calle 53 Este, Urbanización Obarrio, Edif. PH Plaza 53, PB. Las reclamaciones deberán ser presentadas a más tardar 60 días después de haber brindado el servicio.

Autorización

Autorizo el pago de beneficios médicos al médico firmante o al proveedor que efectuó los servicios descritos en este formulario de reclamos. Declaro bajo la seriedad del juramento que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa. Entiendo que cualquier información falsa, errónea, o inexacta puede ser causal del rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Autorizo por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico y otra facilidad médica o médicamente relacionada que posea licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, o de mi cónyuge, hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero, a dar dicha información a Seguros Vivir y sus reaseguradores, incluyendo copia fotostática de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento con lo establecido en la Ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de autorización será tan válida como la original. Adicionalmente por este medio autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, preautorizaciones e historial clínico.

 Firma y sello del Médico

 Firma del Paciente

 Fecha