# FORMULARIO DE RECLAMOS DE GASTOS MÉDICOS

**Favor completar este formulario en su totalidad en LETRA IMPRENTA.**
**Asegúrese que todas las preguntas estén debidamente contestadas y firmar el documento al reverso.**
**En caso de estar incompleto o escrito ilegible no podrá ser procesado.**

## SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO/PROVEEDOR

1. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
2. NÚMERO DE PÓLIZA
3. N° CERTIFICADO

4. NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

5. E-MAIL PERSONAL
6. CELULAR

## SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO

7. NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE QUE SE ATENDIÓ
8. CÉDULA O PASAPORTE
9. FECHA DE NACIMIENTO DD MM AA

10. ¿TIENE EL PACIENTE SEGURO EN OTRA COMPAÑÍA? SÍ ☐ NO ☐ FECHA EFECTIVA DD MM AA

NÚMERO DE PÓLIZA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

11. PAÍS DE ATENCIÓN

12. LUGAR DE EMPLEO, COLEGIO O UNIVERSIDAD DEL PACIENTE

OCUPACIÓN

13. RECLAMO A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD: SÍ ☐ NO ☐ FECHA DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DD MM AA

DESCRIBA

14. RECLAMO A CAUSA DE ACCIDENTE: DESCRIBA SÍ ☐ NO ☐ ¿CUÁLES SON LAS LESIONES QUE SUFRIÓ?

¿CUÁNDO OCURRIÓ? DD MM AA HORA

¿LA PERSONA RESPONSABLE ES UN TERCERO? SÍ ☐ NO ☐

¿DÓNDE OCURRIÓ?

NOMBRE DEL RESPONSABLE

¿CÓMO OCURRIÓ?

CELULAR

ASEGURADORA

15. ¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE TRATAMIENTO, INCAPACIDAD HOSPITALARIA POR ALGUNA DE LAS LESIONES O ENFERMEDADES DESCRITAS ARRIBA? SÍ ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE DD MM AA

TOTALMENTE INCAPACITADO ☐

PARCIALMENTE INCAPACITADO ☐

FECHA DE INGRESO DD MM AA

DESDE: DD MM AA

NOMBRE DE LOS MÉDICOS CONSULTADOS

HASTA: DD MM AA

CLÍNICA U HOSPITAL

16. DETALLE DE CARGOS

| | |
|---|---|
| Consulta | B/. |
| Medicinas | B/. |
| Laboratorios | B/. |
| Rx/Ultrasonido | B/. |
| Terapias | B/. |
| Otros | B/. |
| **Total de Cargos** | B/. |

## GUÍA DEL ASEGURADO PARA LA PRESENTACIÓN DE SU RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS

Para brindarle un servicio más rápido y eficiente con relación al trámite y reembolso de su reclamo, le detallamos los pasos a seguir:

- Revise que el formulario de reclamos esté completado en todas sus partes.
- Asegúrese de que su firma aparezca en este Formulario de Reclamos de Gastos Médicos.
- Verifique que los códigos de diagnósticos hayan sido indicados en este formulario.
- Las facturas o recibos deben ser originales, contar con la descripción detallada de cada medicamento o procedimiento y cumplir con los requisitos fiscales exigidos por la DGI.
- Adjuntar cualquier otra información requerida por la Aseguradora.
- **Reclamos por compra de Medicamentos: No es necesario que el formulario de reclamos esté completado por el médico si:**
  - La orden de los medicamentos se encuentra debidamente expedida por el médico tratante con su respectiva fecha, firma y sello.
  - La orden médica detalla el o los diagnósticos médicos.
  - Se adjunta la orden médica original o fiel copia del original con sello de la farmacia que requirió mantener la original.

## SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO PROVEEDOR

1. Diagnóstico Principal, Secundario u otros:

| | | Código del Diagnóstico (ICD) | Indique la fecha cuando se inició la causa básica de esta condición: DD MM AA |
|---|---|---|---|
| a. | | | |
| b. | | | |
| c. | | | |

2. El reclamo es presentado por embarazo: SÍ ☐ NO ☐ Favor indicar fecha de inicio de embarazo (FUM): DD MM AA

3. ¿Ha recibido el paciente anteriormente tratamiento por alguna de las condiciones arriba descritas o alguna otra relacionada con estas?
En caso afirmativo favor indicar detalle: ¿Cuándo? DD MM AA

4. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO, HALLAZGOS FÍSICOS, COMPLICACIÓN, EXÁMENES DE LABORATORIO Y RAYOS X, así como también MEDICAMENTOS, que apoyen el diagnóstico arriba descrito:

## INFORME DE SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS BRINDADOS

| FECHA DE SERVICIO DESDE DD MM AA | FECHA DE SERVICIO HASTA DD MM AA | DÍAS O UNIDADES | CÓDIGOS CPT/HCPS | PROCEDIMIENTO DESCRIPCIÓN | TOTAL CARGOS | MONTO PAGADO ASEGURADO | SALDO PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | Totales | | | |

¿Tiene Pre-Autorización? SÍ ☐ NO ☐ Número

Nombre del Médico o Proveedor

¿Es usted Proveedor de Red? SÍ ☐ NO ☐ En caso negativo, proceda a completar la siguiente información:

Teléfono E-mail

**Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.**

**Médico Tratante**

Firma:

Cédula:

D.V.:

Fecha: / / (DD MM AA)

**Sello** (con nombre y registro)

**Si es pago directo a proveedor, emitir a nombre de:**

**Sello** (con RUC o cédula y D.V.)

## CONSENTIMIENTO IRREFUTABLE Y EXPRESO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En pleno uso de mis facultades legales y mentales, sin mediar coacción alguna, otorgo irrefutablemente consentimiento expreso a la aseguradora (punto 1) emisora de la póliza (punto 2), así como cualquier otra compañía o aseguradora que mantenga obligación contractual con el asegurado (puntos 10 y 14) para que solicite, recabe, obtenga, almacene, transfiera, analice y trate todos los datos personales que considere necesario, relacionados con el reclamo presentado en este formulario, de modo que pueda cumplir sus obligaciones legales y contractuales, procedente del contrato de seguros y de la necesidad de evaluar las causas, circunstancias, costos, y pronóstico de la condición médica que da origen o sustenta mi reclamación de indemnización para estar en capacidad de decidir la indemnización que corresponda, de conformidad con el contrato de seguro vigente, así como la Ley de Seguros (Ley No. 12 de 3 de abril de 2012) y las normas aplicables.

Este consentimiento expreso ampara datos personales, incluyendo datos sensibles, datos biométricos, datos genéticos y datos relativos a la salud en diversas formas, incluyendo, sin limitar: informes, copias fotostáticas, documentos electrónicos, imágenes, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales, de los cuales soy titular a modo personal, o como tutor de un menor o persona incapaz identificado en este documento, y autoriza a solicitar, recabar y obtener de toda fuente que tenga en su poder dichos datos relacionados con este reclamo, incluyendo de mi persona, así como también de: 1. Médicos o profesionales de la salud. 2. Hospitales, clínicas, centros de diagnósticos, laboratorios, farmacias, y cualquier otra facilidad médica o relacionada, ya sea privada o gubernamental. 3. La Caja de Seguro Social, Ministerio de Salud y sus dependencias. 4. Aseguradoras o tenedores de pólizas de seguros de grupo, empleador, buró de información médica u otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud. 5. El Corredor de Seguros, Agente de Ventas u otro tipo de mediador comercial del contrato de seguros.

Entiendo que este consentimiento, otorga la facultad para tratar los datos personales amparados, con sus socios comerciales y reaseguradores que tengan relación con el contrato de seguros contra el cual presento este reclamo, e incluye expresamente el tratamiento transfronterizo de los datos personales amparados.

Manifiesto que este consentimiento expreso e irrefutable es otorgado con pleno conocimiento de los derechos que protegen la privacidad de los datos personales de los que soy titular, según se expresan a la Ley No.68 del 20 de noviembre de 2003; la Ley No. 40 del 14 de agosto de 2018; la Ley No. 81 del 26 de marzo de 2019; el Decreto Ejecutivo No. 285 del 28 de mayo de 2021; así como también las obligaciones y derechos contenidos en el contrato de seguros que me mantengo, Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y el Código de Comercio de Panamá, el cual estará vigente desde la fecha de su otorgamiento, e incluso después de mi muerte, mientras no haya sido revocado expresamente, en ejercicio del derecho legal que me concede la ley.

Declaro que toda la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se ha hecho preguntar.

**FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA A FIRMAR** | **CÉDULA / PASAPORTE** | / / **DD MM AA**

**Póliza en suspensión de cobertura y/o cancelada a la fecha de atención médica, causará la Declinación del Reclamo.**