



BlueCross
BlueShield
Panama

FORMULARIO DE RECLAMOS

Favor llenar este formulario completamente en LETRA IMPRENTA. En caso de estar incompleto o ilegible no podrá ser procesado.

1. NÚMERO DE PÓLIZA

2. NÚMERO DE CERTIFICADO

3. NOMBRE DEL CONTRATANTE

4. NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Apellidos

Nombre

5. CÉDULA DEL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO

DD

MM

AÑO

EDAD

SEXO

☐

M

☐

F

6. NOMBRE DEL PACIENTE QUE SE ATENDIO

Apellidos

Nombre

7. CÉDULA DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

DD

MM

AÑO

EDAD

SEXO

☐

M

☐

F

8. CONDICIÓN DEL PACIENTE

☐ Soltero

☐ Casado

☐ Empleado

☐ Estudiante

☐ Tiempo Completo

☐ Tiempo Parcial

9. RELACIÓN DEL PACIENTE

☐ Asegurado/a

☐ Cónyuge

☐ Hijos

☐ Otros

10. LUGARES DE EMPLEO - UNIVERSIDAD

11. TELÉFONO DE OFICINA O CASA

12. E-MAIL:

13. DIRECCIÓN DEL PACIENTE

14. PAÍS O LUGAR DE ATENCIÓN

15. TIENE SEGURO EN OTRA COMPAÑÍA:

SÍ

NO

Si su respuesta es SÍ, indique el nombre de la compañía:

No. de póliza:

A nombre de quién:

Fecha efectiva: Día

Mes

Año

16. RECLAMO A CAUSA DE ACCIDENTE:

¿Cuándo ocurrió?

Día

Mes

Año

¿Dónde ocurrió?

¿Como ocurrió?

17. EN CASO DE ACCIDENTE DE AUTO, SI EL RESPONSABLE ES UN TERCERO INDIQUE:

Nombre del Responsable:

Teléfono:

Cia. Aseguradora:

18. RECLAMO A CAUSA DE ENFERMEDAD.

Describe la Enfermedad:

Fecha de Primeros Síntomas

DD

MM

AÑO

19. ¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE TRATAMIENTO POR ESTA ENFERMEDAD O CUALQUIER OTRA INCAPACIDAD RELACIONADA A ESTA?

SÍ

NO

NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO:

CLÍNICA

NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE LO ASISTEN EN ESTA ENFERMEDAD:

CLÍNICA

20. ¿ESTUVO HOSPITALIZADO POR ESTA ENFERMEDAD?

SÍ

NO

En caso afirmativo indique nombre del Hospital:

Fecha de Hospitalización: Desde: Día

Mes

Año

Hasta: Día

Mes

Año

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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 medicamento relacionada que posee 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, o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero, a dar dicha información a la Compañía Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas 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 atoda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico.

Firma del Paciente o Persona Autorizada a Firmar

Cédula

Fecha

Suscrito y administrado por Cia. Internacional de Seguros S.A. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.
Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

SENSIBLE

BlueCross
BlueShield
Panama

Suscrito y administrado por Cia. Internacional de Seguros S.A. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.

COMPROBANTE DE RECIBO PARA ASEGURADO O PROVEEDOR

Sírvase completar la información al reverso de este comprobante.
Para hacer consultas sobre el estado de su reclamo pueden comunicarse a los siguientes departamentos:

Depto. de atención al Cliente - Teléfonos: 206-4201 ó 206-4225

Depto. de Atención a Proveedores - Teléfono: 206-4253

Estamos para servirles.

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

SENSIBLE

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR

1. Descripción del Diagnostico

2. Indique la fecha cuándo se inició la causa básica de esta condición?

Día

Mes

Año

3. El Reclamo es presentado por:

Enfermedad:

Accidente:

Embarazo:

Congénito:

Accidente de Auto:

Favor indicar fecha de inicio de embarazo.

Día

Mes

Año

4. ¿ha recibido el paciente previamente algun tratamiento por esta condicion o alguna otra relacionada a esta? En caso afirmativo, favor dar detalles e indicar fechas

5. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO Y HALLAZGOS FISICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado

6. Favor indique los exámenes de LABORATORIOS y RAYOS X que se necesitan, así como tambien los MEDICAMENTOS que fueron prescritos.

7. Favor detallar tratamiento u operación:

8. Se presentó alguna complicación:

SI

NO

En caso de afirmativo detallar:

LUGAR DE ATENCIÓN:

1. Consultorio Médico

2. Laboratorio/Rayos X

3. Paciente Hospitalizado

4. Sala de Urgencia

5. Centro Ambulatorio

6. Hogar del Paciente

INFORME DE SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS BRINDADOS

FECHA DE SERVICIO						DETALLAR EL NO. DEL LUGAR DE ATENCIÓN	CODIGOS DE DIAGNOSTICO ICD-9-CM	PROCEDIMIENTO		TOTAL DE CARGOS	MONTO PAGADO O CO-PAGO DEL ASEGURADO	SALDO POR PAGAR
DESDE			HASTA									
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO							
TOTALES										B/.	B/.	B/.

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

Emitir cheque a nombre de:

Teléfono:

Cédula, Sello y R.U.C. del Médico o Proveedor:

Número del Registro Médico y D.V.

Nombre del Médico o Proveedor:

Firma del Médico o Proveedor:

Fecha:

Entregar este formulario de reclamos a: Blue Cross and Blue Shield of Panama

Calle 50, Plaza Credicorp Bank, Piso 17 - Recepción de Salud 206-4200

Depto. de Atención al Cliente: 206-4201 / 206-4225 - Depto. de Atención a Proveedores: 206-4253

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

SENSIBLE

DETALLE DE GASTOS PRESENTADOS DEL ASEGURADO O PROVEEDOR												
NOMBRE DEL PACIENTE:										POLIZA N°		CERTIFICADO N°
FECHA DE SERVICIO			DETALLE DE GASTOS				CODIGOS DE CPT		TOTAL DE CARGOS		MONTO PAGADO O CO-PAGO DE ASEGURADO	REEMBOLSO O SALDO POR PAGAR
DÍA	MES	AÑO										

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