



**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.

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO Y PACIENTE

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
6. NOMBRE DEL PACIENTE QUE SE ATENDIO Apellidos / Nombre				7. CÉDULA DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO DD MM AÑO		EDAD		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
8. CONDICIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial				9. RELACIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Asegurado/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> 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. Describa la Enfermedad: _____ Fecha de Primeros Síntomas DD MM AÑO
 _____ Fecha de primera visita 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. Licenciatarario 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. Licenciatarario 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.

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR

1. Descripción del Diagnóstico	2. Indique la fecha cuándo se inició la causa básica de esta condición? Día ____ Mes ____ Año ____
3. El Reclamo es presentado por: Enfermedad: <input type="checkbox"/> Accidente: <input type="checkbox"/> Embarazo: <input type="checkbox"/> Congénito: <input type="checkbox"/> Accidente de Auto: <input type="checkbox"/> 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 también los MEDICAMENTOS que fueron prescritos.	
7. Favor detallar tratamiento u operación:	
8. Se presentó alguna complicación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de afirmativo detallar: _____	

LUGAR DE ATENCIÓN:

1. Consultorio Médico	3. Paciente Hospitalizado	5. Centro Ambulatorio
2. Laboratorio/Rayos X	4. Sala de Urgencia	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					CPT/HCPS	MODIFIER			
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

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					