

1. Contratante:						2. No. Póliza						Bloque No. Para uso de la Cía.								
INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO (A)																				
3. Nombre del Asegurado:																				
4. Cédula:						5. Fecha de Nacimiento:						6. Teléfono(s):								
7. Nombre del Paciente:												8. Cédula:			9. Teléfono:					
10. Parentesco:						☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ F ☐ M			11. Fecha de Nacimiento:											
12. Si la lesión es a causa de un accidente, detalle la hora, lugar y cómo sucedió el accidente.												13. La persona responsable es un tercero?								
Hora:						Lugar:														
Detalle:																				
												Compañía de Seguro:								
INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO																				
14. Fecha del primer síntoma de la condición por la que atiende al paciente en esta condición:												Día / Mes / Año			15. Ha tenido el paciente síntomas previos similares? No ☐ Sí ☐ Sí / Explique:					
16. Motivo de esta consulta: Explique																				
17. Nombre del médico que refirió al paciente: Nombre:									18. Ud. ha ordenado exámenes de laboratorio o medicamentos Detalle:											
Lugar de Trabajo:																				
Especialidad:																				
19. Diagnóstico Principal (favor utilizar el Código de CPT) y describa al lado la enfermedad.															20. Código CPT					
a.																				
21. Diagnósticos Secundarios (favor utilizar el Código de CPT9) y describa al lado la enfermedad.															22. Código CPT					
a.																				
b.																				
c.																				
d.																				
e.																				
23. Describa los síntomas y el cuadro clínico que apoyan el diagnóstico, los procedimientos y servicio suministrados.																				
Fecha del Servicio			Lugar del Servicio			Describa los procedimientos, servicios y materiales suministrados en cada una de las fechas indicadas.						Código CPT del Procedimiento			Total de Cargos		Co - Pago		A Pagar	
24. No. de la preautorización:																				
25. Es médico participante de la red de proveedores de Ancón Helath Network															Sí ☐			No ☐		
26. Firma del médico o poovedor del servicio:												27. Tel. Fax, e-mail del médico o poovedor del servicio: Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____								
28. Hacer cheque nombre de: (debe tener sello, R.U.C. y dígito verificador DV)																				
29. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico que firma arriba, o a la institución 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. Con base en los Artículos 8 y 13, en relación con los Artículos 7 y 51 de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003, y según los cuales las personas vinculadas a mí puedan ser informadas de todo lo concerniente a mi expediente clínico, siempre que medie mi autorización expresa, yo, el Asegurado, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra Institución Gubernamental o cualquier otro proveedor de cuidado de salud, o asegurador o empleador tenedores de pólizas de grupo que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar Aseguradora Ancón, S.A. o su representante autorizado esta información, la cual puede incluir información sobre tratamiento psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o de alcohol. También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mi o mis dependientes a dar tal información a Aseguradora Ancón, S.A. o a su representante autorizado. Por tal efecto, una fotocopia de esta solicitud será tan válida como su original.																				
Firma del paciente (si es menor de edad, deberá firmar el padre o la madre) Cédula Fecha																				
A SEGURADORA ANCON Grupo Multinacional de Seguros Ancón HealthNetwork Socio del Grupo Multinacional de Seguros																				
BLOQUE No. _____Sello y fecha de recibo:_____																				
FAVOR CONSERVAR ESTE TALONARIO PARA REALIZAR LA CONSULTA DEL ESTATUS DEL RECLAMO INDICANDO EL NÚMERO DE BLOQUE ASIGNADO																				

**INSTRUCTIVO PARA EL BUEN MANEJO DE SUS RECLAMOS DE SALUD
SOLO PARA PLANES DE CO-PAGO.
CONSULTAS MÉDICAS CON MÉDICOS PARTICIPANTES:**

- El asegurado debe acudir a su cita con el formulario de reclamo preferiblemente habiendo ya contestado las preguntas que aparecen en la Información a ser completada por el Asegurado. Es importante que conteste todas las preguntas en su totalidad. Recuerde anotar el número de su póliza e indicar quién es el paciente (es importante indicar la cédula y fecha de nacimiento).
- El paciente debe firmar el formulario de reclamos en la parte inferior del mismo. En caso de ser menor de edad deberá firmar el padre o la madre.
- El asegurado le entrega al médico el formulario previamente contestado y el médico debe contestar las preguntas que aparecen en Información Para Ser Completada Por el Médico.
- El médico debe remitir este documento a nuestras oficinas, para que procesemos el pago de los honorarios que correspondan. El asegurado debe pagar el co-pago que indica su carné, cada vez que acude al consultorio de un médico participante.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICOS CON PROVEEDORES PARTICIPANTES

- Se entiende por exámenes de diagnóstico, exámenes de laboratorio que consisten en examen de orina, biometría hemática, perfil lipídico y exámenes radiológicos sencillos. Cualquier otro tipo de examen de diagnóstico se considera examen especial y necesita una preautorización antes de efectuárselo para otorgar los beneficios correspondientes a la cobertura.
- El asegurado debe entregar la orden del médico (la cual debe indicar el diagnóstico por el cual le solicitaron los exámenes de diagnóstico) y pagar el porcentaje de coaseguro que indica el carné para la cobertura de laboratorios.
- El laboratorio o centro de diagnóstico enviará a nuestras oficinas la factura, la orden del médico (la cual debe indicar el diagnóstico por el cual solicitaron los laboratorios) y el formulario de reclamos firmado por el paciente para que se procese el pago correspondiente.

EXÁMENES ESPECIALES CON PROVEEDORES PARTICIPANTES

- Se entiende por exámenes especiales aquellos que están señalados en la póliza como talo cualquier examen o el cúmulo de exámenes cuyo costo supere los B/ 100.00.
- Cada vez que necesite hacerse un examen especial, deberá primero solicitar la correspondiente preautorización por lo menos con 48 horas antes de la fecha programada. El médico tratante deberá remitir el formulario de preautorización junto con el historial médico del paciente a nuestras oficinas, para obtener la autorización correspondiente. Nota Importante: el no cumplir con este requisito resultará en la reducción del beneficio.
- Una vez recibida la autorización, el asegurado debe pagar el porcentaje de coaseguro indicado en su carné del costo del procedimiento y firmar el formulario de reclamos. El laboratorio o centro de diagnóstico enviará a nuestras oficinas la factura, la orden del médico (la cual debe indicar el diagnóstico por el cual solicitaron el examen especial) y el formulario de reclamos firmado por el paciente para que procese el pago correspondiente.

MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS EN FARMACIAS DE LA LOCALIDAD

- Se entiende por medicamentos solamente las medicinas recetadas para tratar la condición médica cubierta por la póliza y descrita en el formulario de reclamos.
- El asegurado debe pedir al farmaceuta una factura original con el detalle de los medicamentos adquiridos y su costo, copia de la receta del médico la cual debe señalar el diagnóstico que corresponde y la fecha debe Coincidir con la fecha de consulta.
- Estas facturas por medicamentos deberán ser presentadas a la compañía de seguros en un período no menor de 90 días para que las mismas sean aplicadas al deducible del Año Calendario. El asegurado debe remitir a nuestras oficinas cada factura junto con la receta y el formulario de reclamo que corresponde a cada diagnóstico para el reembolso correspondiente, que debe ser el porcentaje de coaseguro del exceso del deducible.

USO DEL HOSPITAL CON PROVEEDORES PARTICIPANTES

- Si se trata de un accidente su cobertura será al 100% dentro de los costos usuales y acostumbrados hasta el límite estipulado en las condiciones particulares de la póliza de salud. Si usted acude al cuarto de urgencias por emergencia médica crítica detallada (listadas en la condiciones generales de la póliza) usted pagará el porcentaje de coaseguro indicado en su carné de seguro. De requerir atención médica en cuarto de urgencias por enfermedad crítica no detallada, usted pagará un co-pago de B/.40.00 y el porcentaje de coaseguro indicado en su carné de seguro hasta el límite estipulado en las condiciones particulares de la póliza.
- Si requiere de una hospitalización deberá pagar el co-pago indicado en su carné por hospitalización. Dicha hospitalización requerirá de una preautorización; en caso de hospitalización por urgencia médica en días no laborables se otorgará la cobertura vía telefónica e inmediatamente el primer día laborable el hospital nos enviará por escrito la solicitud de preautorización para poder otorgar la cobertura por escrito.
- De requerir hospitalización programada o cirugía ambulatoria, se deberá completar el formulario de preautorización y hacerlo llegar vía fax a nuestras oficinas con la información solicitada completada en su totalidad por el médico tratante por lo menos 48 horas antes de la fecha programada El médico tratante deberá remitir el formulario de preautorización junto con el historial médico del paciente a nuestras oficinas para obtener la autorización correspondiente. Una vez autorizado el procedimiento o la hospitalización usted deberá pagar el porcentaje de co-pago y 1 o coaseguro indicado en la preautorización La misma tiene una validez de 30 d las desde la fecha de aprobación.
- El paciente o padre o madre del menor, debe firmar el formulario de reclamos y el hospital debe remitirnos este documento a nuestras oficinas debidamente completado con los originales de la factura detallada, para que se procese el pago correspondiente.

Nota Importante: Los asegurados que utilicen médicos o proveedores no participantes, deberán cancelar la totalidad de la cuenta, solicitar se complete el formulario de reclamos y presentar los originales de las facturas de cancelación con el detalle correspondiente para su debido reembolso.

Los planes Global, Catastrófico y Hospitalización Plus tiene coberturas diferentes, por lo que se deberá llamar a la compañía de seguros para sus beneficios correspondientes.