

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES

No: _____ No 890149786

PARA USO DE LA COMPAÑIA

Reclamo No.: _____

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

1. COMPLETAR SECCIÓN A
2. Solicite a su médico COMPLETE SECCIÓN B
3. Si es reclamo médico de Seguro Colectivo o Accidentes Personales, entregar éste con el detalle y originales de facturas, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con recetas) que correspondan al diagnóstico.
4. Si la reclamación es producto de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

REDUCIDO REGULAR

1. Nombre completo del asegurado
Adela María Ruffatti

2. Compañía

3. No. de Póliza
7401000090

4. No. de Certificado
1

5. Nombre del Reclamante
Adela María Ruffatti

6. Fecha de Nacimiento
dia / mes / año
23 / 01 / 1968

7. Edad
53

8. Sexo
M F

9. País o Lugar de Atención
San José, Costa Rica

10. Lugar del empleo, colegio o universidad del Reclamante
ninguno

11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente)

12. El reclamo se hace a causa de

ENFERMEDAD ACCIDENTE

COMPANIA DE SEGURO	No. DE PÓLIZA
_____	_____
_____	_____
_____	_____

13. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad
Dolor en el brazo derecho

Fecha de primeros síntomas
01 06 2019
DIA MES AÑO

14. Reclamo a causa de accidentes

¿Cuándo ocurrió? _____ a.m. p.m.
DIA MES AÑO HORA

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

¿La persona responsable es un tercero? SÍ NO En caso afirmativo, indique:

Nombre del Tercero Responsable: _____

Teléfono: _____ Compañía de Seguro: _____

15. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? SÍ NO

Fecha de primera visita: **12 11 2020**
DIA MES AÑO

NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO
Carlos Escalante

CLÍNICA
Centro Ginecológico Escalante

NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ASISTEN EN ESTA LESIÓN
Oscar Oeding Bermúdez, Adrián Cáceres

CLÍNICA
Clínica Bíblica

16. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? SÍ NO En caso afirmativo, indique:

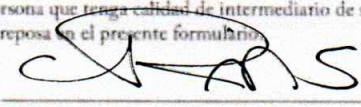
Nombre del Hospital: _____ Fecha de Ingreso: _____

Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de la Cuenta:	
Consulta:	€ 65.000,00
Medicina:	€ 0,00
Laboratorios:	€ 101.050,00
Tratamientos:	€ 0,00
Rayos X:	€ 32.000,00
Otros: Electrocardiograma	€ 46.500,00
TOTAL:	€ 244.550,00

Por este medio certifico las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, intermediario de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. Igualmente, autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.

FIRMA DEL ASEGURADO: 

NO. DE CÉDULA: 138000146617 TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____

FECHA / CIUDAD: 25 de julio 2021, Escazú

CORREO ELECTRÓNICO: adela@webmax.co.cr CEL.: 8995-1247

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA RED

1. Código de Diagnóstico: _____ Descripción de Diagnóstico: **ESPONDILOLISIS LUMBAR** 2. ¿Cuándo inició la causa básica de esta condición? **10 2 21**
DÍA MES AÑO

3. ¿Se trata de embarazo? **NO** Sí NO Fecha de Inicio: **10/2/21**

4. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición o alguna condición relacionada a esta? En caso afirmativo favor indicar detalles.
SI / ANALGÉSICOS

5. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado
CONSTA EN VALONACIÓN X ONTOPEIDIA

6. Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X que se necesitan
RX TÓRAX / EKG

7. Favor detallar tratamiento u operación
-

8. ¿Se presentó alguna complicación? Sí NO En caso afirmativo, favor describala.

En caso de Accidente

9. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?
 Desde: _____ Hasta: _____

10. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?
 Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de Honorarios: (Para ser llenado si el asegurado no esta dentro del plan o el médico no es proveedor de la red)
 Consulta: _____
 Tratamiento: _____
 Cirugía: _____
 Otros: _____
 TOTAL: _____

APLICABLE SOLO A PROVEEDORES DE LA RED. Informe de servicios o procedimientos brindados:

Fecha de Atención		Código CPT del Servicio	Nombre del Servicio o Procedimiento (Según Addendum)	Tarifa Total por Servicio	Contribución por el Asegurado	Cargo a pagar por Pacie
Desde	Hasta					
11	12					
13	14					
15	16					
17	18					
19	20					
21	22					
23	24					
25	26					
27	28					
29	30					
31						
TOTALS						

LUGAR DE ATENCIÓN (Coloque una X)
 1. Consultorio Médico 2. Paciente Hospitalizado 3. Centro Ambulatorio
 4. Laboratorio / Rayos X 5. Sala de Urgencia 6. Hogar del Paciente

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.

Firma del Médico o Proveedor y Cédula: **P. Harsh 100540262** Fecha: **10/2/21**
día / mes / año Sello del Médico, Clínica u Hospital y Número de Registro Médico

Nombre del Médico o Proveedor: **BENHARD HASBUM**
 Dr. Benhard Hasbum F.
 Medicina Interna
 Código 5419

Confeccionar Cheque a nombre de _____ Dirección: **MEDIPLANA** Teléfono: **2261-7201**