



Sagicor
PANAMÁ

Una sabia decisión financiera
para toda la vida

AVE. SAMUEL LEWIS, PLAZA OBARRIO
APDO. 1299-0832 WTC, PANAMA
TEL.: (507) 223-1511 FAX: (507) 264-1949
www.sagicorpanama.com

FORMULARIO DE RECLAMACION MEDICA

NOMBRE DEL ASEGURADO:		NOMBRE DE PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DE LA COMPAÑIA:		TELEFONO:		DIA MES AÑO	
DIRECCION DEL PACIENTE		LUGAR DE TRABAJO DEL CONYUGE		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE CEDULA:		TELEFONO TRABAJO DEL CONYUGE		PARENTESCO ASEG. <input type="checkbox"/> CONY. <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE POLIZA:		¿ESTA SU CONYUGE ASEGURADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE	
FECHA DE EFECTIVIDAD:		FECHA DE EXPIRACION:		COMPANIA ASEGURADORA	
ESTA SU ENFERMEDAD RELACIONADA CON ACCIDENTE DE EMPLEO <input type="checkbox"/> AUTOMOVIL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		SI FUE ACCIDENTE, DETALLE COMO CUANDO Y DONDE OCURRIO			
FECHA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD					

AUTORIZACION DEL PACIENTE O EMPLEADO

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR DE SERVICIOS Por la presente autorizo el pago de beneficios prestados y descritos Más adelante, directamente al médico y/o proveedor abajo firmante.		FIRMA (Paciente, Padre o Madre, Si es menor de edad)	
		Fecha	
Por la presente autorizo a SAGICOR PANAMA ó Cualquier representante de esta, a obtener información completa de mi expediente Clínico que es necesario para la evaluación o auditoría de esta factura.		FIRMA (Paciente, Padre o Madre, Si es menor de edad)	
		Fecha	

A SER COMPLETADO POR EL MEDICO, HOSPITAL, ETC.

DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS (Incluir Código CPT)			EMBARAZO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
			FECHA DE APROXIMADA DE INICIO DE EMBARAZO		
			DD MMM AA		
INFORME DE SERVICIOS			Número de Código - CPT (Terminología Procedimiento Corriente)		Cargos
Fecha de Servicio Día Mes Año	Lugar de Servicio Código	Descripción de Servicios Rendidos (Ver Addendum o Libro de Valores)			
			TOTAL DE CARGOS B/.		
			COPAGO O DEDUCIBLE B/.		
			BALANCE B/.		
* LUGAR DE SERVICIO:					
O - OFICINA DE MEDICO OH - PACIENTE AMBULATORIO E - EMERGENCIA					
IH - PACIENTE HOSPITALARIO H - VISITA AL HOGAR OL - OTRO LUGAR					
NOMBRE - DOCTOR (Letra de Molde)		FECHA:	REGISTRO MEDICO:		
FIRMA Y SELLO DEL DOCTOR:			CEDULA O R.U.C.:		
DIRECCION		TELEFONO:	ESPECIALIDAD:		

FORMA DE RECLAMACION MEDICA

SECCION A LLENAR POR EL MEDICO (Rayos X, Laboratorios y Medicamentos)

NOMBRE DEL ASEGURADO		No. POLIZA	NOMBRE DE LA COMPAÑIA		
NOMBRE DEL PACIENTE		¿FUE CAUSADO POR ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		LUGAR DE SERVICIO	
DIAGNOSTICO		FECHA DEL PACIENTE		<input type="checkbox"/> O - OFICINA DEL MEDICO	
ESTA SU ENFERMEDAD RELACIONADA CON ACCIDENTE DE EMPLEO <input type="checkbox"/> AUTOMOVIL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		¿ DONDE OCURRIO? _____		<input type="checkbox"/> IH - PACIENTE HOSPITALARIO	
FECHA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD		¿ COMO OCURRIO? _____		<input type="checkbox"/> OH - PACIENTE AMBULATORIO	
		EMBARAZO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> E - EMERGENCIA	
		FECHA APROXIMADA DEL INICIO DEL EMBARAZO _____		<input type="checkbox"/> H - VISITA AL HOGAR	
FIRMA Y SELLO DEL DOCTOR		No. DE CEDULA	No. DE R.U.C.	DD MMM AA	