



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Administrado por Managed Care, Inc.

FORMATO DE RECLAMOS DE SEGURO DE SALUD

CARRIER

INFORMACION DEL PACIENTE Y ASEGURADO

INFORMACION DEL MEDICO Y DEL PROVEEDOR

1. Número de póliza		Número de Certificado (Si aplica)		1a. No. de céd. o ID del Asegurado	
2. NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido, inicial del segundo nombre)		3. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE Día Mes Año M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		4. NOMBRE DEL ASEGURADO: Apellido (Primer nombre, segundo nombre)	
5. DIRECCION DEL PACIENTE		6. RELACION DEL PACIENTE / ASEGURADO Asegurado/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		7. DIRECCION DEL ASEGURADO (Ciudad)	
No. de Teléfono		8. CONDICION DEL PACIENTE Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		No. de Teléfono	
9. TIENE SEGURO EN OTRA COMPAÑIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		10. CONDICION DEL PACIENTE RELACIONADA CON: a. EMPLEO (actual o previo) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO b. ACCIDENTE DE AUTOMOVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		a. FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO Día Mes Año M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SEXO	
Si su respuesta es sí, nombre de la compañía:				11. Nombre del Contratante:	
No. de la póliza:					
A nombre de quién:					
12. FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL O PERSONA AUTORIZADA A FIRMAR: FIRMA				13. FECHA DE FIRMA AUTORIZADA FECHA	
14. FECHA DE: Día Mes Año		ENFERMEDAD (Primeros síntomas) ó HERIDA (Accidente) ó PREÑEZ (LMP)		15. SI EL PACIENTE HA TENIDO LA MISMA O SIMILAR ENFERMEDAD, DE LA PRIMERA FECHA (Día, mes, año)	
17. NOMBRE DEL MEDICO REFERENTE U OTRO ORIGEN		17a. No. DE I.D. DEL MEDICO		16. FECHAS DE INCAPACIDAD DE TRABAJO EN LA OCUPACION ACTUAL DEL PACIENTE DESDE (Día, mes, año) HASTA (Día, mes, año)	
19. RESERVADO PARA USO LOCAL				18. FECHAS DE HOSPITALIZACION RELACIONADAS CON SERVICIOS CORRIENTES: DESDE (Día, mes, año) HASTA (Día, mes, año)	
21. DIAGNOSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O HERIDA. (Relate en párrafos 1, 2, 3 o 4)				20. LABORATORIO B/ CARGOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1. _____		3. _____		22. AUTORIZACION PREVIA	
2. _____		4. _____			
23. A FECHAS(S) DE SERVICIO Desde Hasta Día Mes Año Día Mes Año		B Lugar de Servicio		C PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O MAT. (Explique circunstancias inusitadas) CPT/HCPCS MODIFIER	
				D CODIGO DE DIAGNOSTICO	
				E B/ CARGOS	
				F DIAS O UNID	
				G EPSDT Plan de Familia	
				H EMG	
				I COB	
				J RESERVADO PARA USO LOCAL	
24. No. DE CEDULA O R.U.C. Y D.V.				25. CARGO TOTAL B/	
				26. SUMA PAGADA B/	
				27. SALDO ADEUDADO B/	
28. FIRMA DEL MEDICO O SUPLIDOR INCLUYENDO GRADOS UNIVERSITARIOS O CREDENCIALES (Yo certifico que lo expuesto en el reverso aplica a esta factura.)		29. NOMBRE Y DIRECCION DEL LUGAR DONDE LOS SERVICIOS FUERON SUMINISTRADOS (si fueron efectuados fuera de la casa u oficina)		30. HACER CHEQUE A NOMBRE DE:	
FIRMADO		FECHA		PIN #	

Enviar esta hoja de Reclamos a: **Managed Care, Inc.**
 Ave Nicanor de Obarrio (Ci 50) Plaza Credicorp - Piso 17
 Apartado 0833-0160 Plaza Panamá
 Tel. (507) 210-1090 Fax: (507) 210-1077 • www.mci-salud.com

INSTRUCTIVO PARA LLENAR CORRECTAMENTE LA HOJA
DE RECLAMO 1500

1. Todos los reclamos de los médicos y otros proveedores deben presentarse escritos a máquina o en letra de molde para poderlos tramitar eficientemente.
Es importante llenar todos los espacios del formulario
2. En el espacio **1** debe ponerse el número de póliza y el número de certificado si aplica.
3. En el espacio **1a** debe ponerse el número de asegurado y la cédula. Si es un norteamericano, poner el número de su seguro social. Los espacios **2, 3, 5, 6, 8 y 10** son muy importantes para identificar correctamente al paciente.
4. Los espacios **4, 7, 11** son muy importantes para identificar al asegurado principal.
5. El asegurado principal debe firmar en la casilla **12**.
6. Si hay información de doble cobertura, llenar la casilla **9**.
7. En el número **17** se escribe el nombre del médico de cabecera si corresponde. Si se conoce, poner el registro del médico de cabecera en el espacio **17a**.
8. En el espacio **21** escribir claramente los diagnósticos que ocasionan el reclamo.
9. En el espacio **22** escriba el número de aprobación que se le dió para el procedimiento realizado. Algunas consultas no necesitan preautorización.
10. En el espacio **23B**- lugar de servicio ponga:

C	Si se atendió en el consultorio
H	Hospitalizado
CU	Si se atendió en el cuarto de urgencia
CQA	Centro Quirúrgico Ambulatorio
AHA	Atención hospitalaria ambulatoria
11. En el **23C** se pone el código CPT del procedimiento u operación.
12. En el **23D**, el código de la enfermedad - ICD-9.
13. En el **23E**, ponga sus cargos usuales y acostumbrados para la consulta o procedimiento.
14. En el **23F**, ponga el número de veces que atendió al paciente. Recuerde que el plan posiblemente nos autorice pagarle por un número limitado de visitas pero nos interesa saber el número total de visitas. Si se trata de procedimientos múltiples, ponga el total.
15. Deje en blanco **23G, H, I, y J**.
16. En el **24** ponga su cédula o el número de RUC de su razón social.
17. Llène el espacio **25**. Ponga la suma que el paciente pagó. Adjunte el recibo.
18. Firme en el espacio **28** y ponga la fecha. Ponga su sello o nombre en letras de molde.
19. En el espacio **30** ponga en letras de molde el nombre al cual se le hace el cheque con la dirección y teléfono. En el número de RUC debe ir en el espacio **24**. Ponga su número de PIN (número de indentificación del proveedor).