

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. Email:		6. Fecha de Nacimiento:	7. Teléfono(s):
8. Nombre del Paciente:		9. Cédula:	10. Teléfono:
11. Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		12. Fecha de Nacimiento:	
13. Si la lesión es a causa de un accidente, detalle la hora, lugar y cómo sucedió el accidente.		14. La persona responsable es un tercero?	
Hora: _____ Lugar: _____		Nombre del tercero:	
Detalle: _____		Teléfono:	
		Compañía de Seguro:	

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO

15. Fecha del primer síntoma de la condición por la que atiende al paciente en esta condición:		Día / Mes / Año	16. Ha tenido el paciente síntomas previos similares? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
17. Motivo de esta consulta: Explique			Sí / Explique:	

18. Nombre del médico que refirió al paciente: Nombre: _____		19. Ud. ha ordenado exámenes de laboratorio o medicamentos		
Lugar de Trabajo: _____		Detalle: _____		
Especialidad: _____				

20. Diagnóstico Principal (favor utilizar el Código de ICD-9) y describa al lado la enfermedad.				21. Código ICD-9		
a. _____						

22. Diagnósticos Secundarios (favor utilizar el Código de ICD-9) y describa al lado la enfermedad.				23. Código ICD-9		
a. _____						
b. _____						
c. _____						
d. _____						
e. _____						

24. Describa los síntomas y el cuadro clínico que apoyan el diagnóstico, los procedimientos y servicios 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

25. No. de la preautorización:	
26. Es médico participante de la red de proveedores de Ancón Health Network Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

27. Firma del médico o proveedor del servicio:	28. Tel. Fax, e-mail del médico o proveedor del servicio: Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____
--	--

29. Hacer cheque a nombre de: (debe tener sello, R.U.C. y dígito verificador DV)

30. 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 mí 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.

Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADORA ANCON S.A., para que traten los datos personales que he incluido en el presente formulario, con el fin de desarrollar las actividades propias de los contratos de seguros, celebrados entre mi persona y la aseguradora. Los datos suministrados serán tratados de acuerdo con la política de protección de datos de ASEGURADORA ANCON S.A. Como Titular de la información tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la portabilidad de mi información personal, siempre y cuando, no exista un deber legal o contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales dispuestos para la atención de consultas, quejas y reclamos están publicados en la política de protección de datos de Aseguradora Ancón a través del sitio web <https://www.asegurancon.com/>. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.

Firma del paciente <small>(si es menor de edad, deberá firmar el padre o la madre)</small>	Cédula	Fecha
---	--------	-------

**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 efectuarse 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 tal o 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 farmacéuta 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 póliza o calendario, según su plan. 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 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.
- De requerir hospitalización programada o cirugía ambulatoria, se deberá completar el formulario de preautorización y hacerlo llegar vía email 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 lo indicado en la preautorización, si aplica con deducible, coaseguro o co-pago. La misma tiene una validez de 30 días 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, Complementario, Colectivos y Hospitalización Plus tiene coberturas diferentes, por lo que se deberá llamar a la compañía de seguros para sus beneficios correspondientes.