

Notificación de Reclamos

Claims Notification

Cedula Juridica 3-101-353153
Apartado 10903 San Jose Santa Ana
Torre Plaza Murano Piso 7 Oficina 77
Telefono (506) 4001-7392

Salud o Accidentes Personales

Health or Personal Accidents

Verificación Electrónica No._____

Electronic Verification No.

Declaración del Asegurado. (Favor llenar en letra imprenta./Please fill in print.)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes. / Dear insured, to process the claim we thank's to complete the form.

Carné No. / ID Number	Teléfono / phone							Celular/ mobile							Intermediario de seguros / Insurance broker
(506) -															

Contratante (sólo si es Póliza Colectiva) / Contracting party (only if it is a Collective Policy)	Dirección de correo electrónico del asegurado / Email address of insured

Nombre del asegurado/name of insure			
Nombre/Name	2do Nombre/2nd Name	Apellido/ Last name	2do Apellido / 2nd Last name

Nombre del reclamante (paciente)			
Nombre/Name	2do Nombre/2nd Name	Apellido/ Last name	2do Apellido / 2nd Last name

Fecha de nacimiento			Cédula / ID
día/day	mes/month	año/year	

Declaración del médico / Doctor's statement

Completado por el médico tratante./Completed by the attending medical.

Diagnóstico principal./ Principal diagnosis.	ICD
Diagnóstico secundario. / Secondary diagnosis.	ICD

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición? / When did the symptoms of this condition begin?

día	mes	año
day	month	year

Descripción de los síntomas que presenta el asegurado. / Description of the symptoms presented by the insured.

Hallazgos físicos que apoyen el diagnóstico ó los síntomas indicados. / Physical findings that support the diagnosis or symptoms listed.

¿Ha sido tratado el paciente previamente por alguna(s) condición(s) a ésta? si es afirmativo, indicar el nombre del(los) medico(s) tratante(s). / Has the patient been previously treated by some condition (s) related to this? If so, please indicate the name of the treating docto (s) physician (s).

día	mes	año
day	month	year

Medicamentos. / Medicines.

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

[illegible]

Servicios Pre-autorizados / Pre-used services

Completar para pre-autorización de procedimientos que excedan de \$300.00 / Complete for pre-authorization procedures exceeding \$300.00

Laboratorio Clínico y Diagnóstico por Imagen. / Clinical Laboratory and Diagnostic Imaging.

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Diagnósticos:
Diagnosis

Exámenes que necesitan autorización:
Exams that need authorization

☐ EEG

☐ Electromiograma
Electromyogram

☐ Proce. endoscópicos
Endoscopic procedure

☐ Mamografía
Mammography

☐ EKG

☐ Pruebas de alergias
Allergy testing

☐ RX c/m. contraste

☐ P. Evocados

☐ RMN

☐ Pruebas de esfuerzo
Stress testing

☐ Ecocardiograma
Echocardiogram

☐ Holter y mapa

☐ TAC

☐ Densitometría ósea
bone densitometry

☐ Densitometría ósea
Bone densitometry

☐ Doppler

Observaciones:
Observations

Describe Labs and X-rays ordered

1

8

2

9

3

10

4

11

5

12

6

13

7

14

Procedimiento en clínica. / Clinical procedure

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Diagnóstico completo:
Full diagnosis

Procedimiento(s) efectuado(s):
Procedures carried out

Fecha de consulta:
Query Date

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales. / Hospitalization and/or Special Procedures.

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Favor indicar fecha programada para la hospitalización, hospital, y tiempo estimado de hospitalización.

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos llos procedimientos de diagnóstico ya realizados. / You must specify the surgical procedures and / or the special procedures to be performed. To authorize a hospitalization it is essential to attach a copy of the result of all the diagnostic procedures already performed.

Indique el (los) Procedimiento (s) / Indicate the Procedure (s)

Código/Code

1

2

3

Honorarios Cirujano
Surgeon Fees

Honorarios Anestesista
Anesthetist Fees

Observaciones:
Observations

Honorarios Ayudante
Assistant Fees

Otros
Others

Favor completar en caso de solicitar pre-autorización por embarazo a término:

Please complete in case of requesting pre-authorization for term pregnancy:

Embarazo No.:
Pregnancy No.

Embarazo de alto riesgo
High risk pregnancy

Tipo de Parto:
birth type

Motivo por el cuál solicita cesárea:
Reason for requesting a cesarean operation

Si

No

Cesárea
Caesarean operation

Fecha de última menstruación:
Last menstruation date

Número de Productos:
Number of Products

Fecha de primera consulta:
Date of first consultation

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mi corresponden a los servicios que he prestado.
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Dr.

Nombre y Sello
Name & Print

Firma del Médico
Physician's Signature

No. de identificación
ID Number

Dirección/Teléfono
Address / Telephone

Fecha
Date

Correo Electrónico
E-mail

"Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a RPN, Red de Proveedores Negociados "

Firma del asegurado o representante legal
Signature of the insured or legal representative

Fecha
Date

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el (los) registros (s) número P20-64-A05-508-509 con fecha 18 de Octubre del 2019, P20-64-A05-649 de fecha 5 de Julio de 2019.

Certificado de Registro Nacional 263539 Publicado 9 de mayo de 2017 e inscrito 18 de julio de 2017. Titular de Marca MEDIPROCESOS SOCIEDAD ANONIMA