Formulario para
Solicitud de Preautorización de Gastos Médicos por Accidente

Favor enviar a: **indemnizacionesap@sura.com.pa**

Datos del Paciente

Contratante (aplica para colectivos): _____ Póliza No.: _____

Asegurado: _____ Grado (en caso de ser póliza escolar): _____

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Dirección: _____

Datos del Médico Tratante

Nombre del Médico: _____ Registro Médico y D.V.: _____

Teléfono/Celular: _____ E-mail: _____

Modo de Pago: ☐ Cheque ☐ ACH (Debe haber completado un formulario previo)

Emisión de pago a nombre de (sello, RUC, DV) _____

Datos de Solicitud:

1. ¿Tiene usted el paciente seguro en otra compañía? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo indicar el nombre de la compañía y el No. de póliza:

   _____

2. Si la atención médica es a causa de accidente, indique fecha, hora, lugar y cómo sucedió: Día _____ Mes _____ Año _____
   Hora: _____ Lugar: _____ Detalles: _____
3. En caso de accidente de auto, si el responsable es un tercero, indique: Nombre / Teléfono / Compañía:

   _____
4. Si la atención médica es por una lesión a causa de accidente, indique la fecha de los primeros síntomas: Día _____ Mes _____ Año _____
5. ¿Sabe usted si el paciente ha recibido anteriormente tratamiento médico por esta lesión? ☐ SÍ ☐ NO Día _____ Mes _____ Año _____
   En caso afirmativo indique nombre del médico consultado y clínica: _____
6. Tipo de Solicitud de Procedimiento: Hospitalización ☐ (Días _____) Extensión de días ☐ (Días _____) Cirugía Ambulatoria ☐
   Estudios Especiales ☐ Otros ☐ Indique _____
7. Tipo de Anestesia: ☐ General ☐ Regional ☐ Epidural ☐ Local ☐ Sedación ☐ No aplica
   Indique nombre de médico anestesiólogo: _____
8. Requiere asistencia quirúrgica: ☐ SÍ ☐ NO Indique nombre del médico asistente: _____
9. Indique el lugar donde se realizará el procedimiento: _____
10. Favor indicar las razones por las que realiza esta solucitud: _____

    _____

    _____

Adjuntar soporte documental: Informes de imagenología, laboratorios, patología, EKG, o cualquier otro examen que se haya realizado, en caso de cirugías, favor adicionar presupuesto con los insumos a requerir

Diagnóstico	Descripción	Código ICD-10
Dx. Principal		
Dx. Secundarios		
Dx. Secundarios		

Código (CPT)	Descripción del Procedimiento	Valor Reclamado

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. Autorizo por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico y otra facilidad médica o médicamente relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, o de mi cónyuge, hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero, a dar dicha información a Seguros Sura, incluyendo copia fotostática de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los releve de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento con lo establecido en la Ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de autorización será tan válida como la original. Adicionalmente por este medio autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, preautorizaciones e historial clínico.

EL ASEGURADO, con base a la Ley N°68 de 20 de noviembre de 2003, autoriza a su corredor de seguros, 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 del cuidado de la salud, asegurador o empleador, tenedores de pólizas de grupo que tengan datos o información sobre él o sus dependientes con referencia a cualquier tratamiento médico, examen, dictamen u hospitalización, puedan ser informados de todo lo concerniente a su expediente clínico.

Firma y Sello del Médico | Firma del Paciente | Fecha