

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

RECLAMO No.: _____

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

1. COMPLETAR SECCIÓN A
2. Solicite a su médico COMPLETE SECCIÓN B
3. Si es reclamo médico de Seguro Colectivo o Accidentes Personales, entregar éste con el detalle y originales de facturas, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con recetas) que correspondan al diagnóstico.
4. Si la reclamación es producto de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.

SECCIÓN A: INFORMACION SOBRE EL ASEGURADO

PLAN: RED (COPAGO) REGULAR

1. Nombre completo del asegurado	2. Compañía	3. No. de Póliza	4. No. de Certificado												
5. Nombre del Reclamante	6. Fecha de Nacimiento día / mes / año	7. Edad	8. Sexo M F												
10. Lugar de empleo, colegio o universidad del Reclamante	11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente)														
12. El reclamo se hace a causa de ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">COMPañÍA DE SEGURO</td> <td colspan="2">No. DE PÓLIZA</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>			COMPañÍA DE SEGURO		No. DE PÓLIZA		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
COMPañÍA DE SEGURO		No. DE PÓLIZA													
_____	_____	_____	_____												
_____	_____	_____	_____												
13. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad	Fecha de primeros síntomas DÍA MES AÑO														
14. Reclamo a causa de accidente ¿Cuándo ocurrió?	a.m. p.m.														
¿Dónde ocurrió?	¿Cómo ocurrió?														
¿La persona responsable es un tercero? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique: Nombre del Tercero Responsable: _____ Teléfono: _____ Compañía de Seguro: _____														
15. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de primera visita: DÍA MES AÑO														
NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO	CLÍNICA														
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ASISTEN EN ESTA LESIÓN	CLÍNICA														
16. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique: Nombre del Hospital: _____ Fecha de Ingreso: DÍA MES AÑO														
Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____	Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____														
Detalle de Cuenta:															
Consulta: _____	<p>Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguro y otras Compañías de Seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A. Igualmente, autorizo a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de corredor de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario</p>														
Medicina: _____															
Laboratorios: _____															
Tratamientos: _____															
Rayos X: _____															
Otros: _____															
TOTAL: _____															
FIRMA DEL ASEGURADO: _____	NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____														
FECHA / CIUDAD: _____	CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____														

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ENCARGADO (VEASE DORSO)

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA RED

1. Código de Diagnóstico	Descripción de Diagnóstico	2. ¿Cuándo inició la causa básica de esta Condición?	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">DÍA</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MES</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">AÑO</td> </tr> </table>				DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO							
3. ¿Se trata de embarazo? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Inicio: _____							
4. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por ésta condición o alguna condición relacionada a esta? En caso afirmativo favor indicar detalles.									
5. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado									
6. Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X que se necesitan									
7. Favor detallar tratamiento u operación									
8. ¿Se presentó alguna complicación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, favor describala.									

En caso de Accidente

9. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continua y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: _____ Hasta: _____

10. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de Honorarios: (Para ser llenado si el asegurado no esta dentro del plan o el médico no es proveedor de la red)

Consulta: _____

Tratamiento: _____

Cirugía: _____

Otros: _____

TOTAL: _____

APLICABLE SOLO A PROVEEDORES DE LA RED. Informe de servicios o procedimientos brindados:

Fecha de Atención						Código CPT del Servicio	Nombre del Servicio o Procedimiento (Según Addendum)	Tarifa Total por Servicio	Contribución por el Asegurado	Cargo a pagar por Palic
DESDE			HASTA							
DD	MM	AA	DD	MM	AA					
TOTALES										

LUGAR DE ATENCIÓN (Coloque una X)

1. Consultorio Médico <input type="checkbox"/>	2. Paciente Hospitalizado <input type="checkbox"/>	3. Centro Ambulatorio <input type="checkbox"/>
4. Laboratorio / Rayos X <input type="checkbox"/>	5. Sala de Urgencia <input type="checkbox"/>	6. Hogar del Paciente <input type="checkbox"/>

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Firma del Médico o Proveedor y Cédula	Fecha día / mes / año	Sello del Médico, Clínica u Hospital y Número de Registro Médico
Nombre del Médico o Proveedor		Dirección Teléfono
Confeccionar Cheque a nombre de		

Reciba el pago de sus reclamos directamente a su cuenta bancaria, más rápida y eficientemente, a través del sistema ACH. Consulte a su tenedor de póliza, corredor de seguros o contáctenos directamente al 208 8000.

Talonario para Médico Proveedor de la Red				
Nombre del Paciente Atendido			No. de Póliza	No. de Certificado
Fecha de Atención	Código CPT del Servicio	Tarifa Total por Servicio	Co-pago por el Asegurado	Cargo a pagar por Palic
GRAN TOTAL				
Firma del Asegurado: _____				

No 990110596