

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

RECLAMO N°: _____

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: INFORMACIÓN 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	9. País o Lugar de Atención		
12. El reclamo se hace a causa de ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente)		
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.	
	DÍA MES AÑO HORA		
¿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:	DÍA MES AÑO
Nombre del Hospital:	Fecha de Ingreso	
Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____		
Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____		

Detalle de Cuenta:

Consulta: _____

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

Medicina: _____

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

Laboratorios: _____

NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____

Tratamientos: _____

FECHA / CIUDAD: _____

Rayos X: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____

Otros: _____

TOTAL: _____

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

FAVOR CONSERVAR ESTE TALONARIO

PARA REALIZAR LA CONSULTA DEL PRESENTE RECLAMO A TRAVÉS DE NUESTRA PÁGINA WEB

*** Esta funcionalidad está disponible solamente para asegurados con carné de Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A. con borde superior azul y carné de Alico. ***

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?								
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
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 está dentro del plan o el médico no es proveedor de la red)												
<p>Consulta: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> <p>Cirugía: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>TOTAL: _____</p>												
APLICABLE SOLO A PROVEEDORES DE LA RED. Informe de servicios o procedimientos brindados:												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Fecha de Atención DESDE HASTA </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 10px; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 10px; text-align: center;">AA</td> <td style="width: 10px; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 10px; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 10px; text-align: center;">AA</td> </tr> </table>		DD	MM	AA	DD	MM	AA	Código CPT del Servicio	Nombre del Servicio o Procedimiento (Según Addendum)	Tarifa Total por Servicio	Contribución por el Asegurado	Cargo a pagar por Palic
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												
Confeccionar Cheque a nombre de			Dirección			Teléfono						

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: _____