

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 <small>día / mes / año</small>	7. Edad	8. Sexo M F	9. País o Lugar de Atención
--------------------------	--	---------	------------------------------	-----------------------------

10. Lugar de empleo, colegio o universidad del Reclamante	11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto <small>(Póliza de auto, si el reclamo es por accidente)</small> COMPAÑÍA DE SEGURO No. DE PÓLIZA
12. El reclamo se hace a causa de ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	<div></div> <div></div> <div></div>

13. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad	Fecha de primeros síntomas
	<div></div> <div>DÍA</div> <div></div> <div>MES</div> <div></div> <div>AÑO</div>

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:
		<div></div> <div>DÍA</div> <div></div> <div>MES</div> <div></div> <div>AÑO</div>

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	<div></div> <div>DÍA</div> <div></div> <div>MES</div> <div></div> <div>AÑO</div>
Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____		
Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____		

Detalle de Cuenta:	
Consulta: _____	<div>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</div> <div>FIRMA DEL ASEGURADO: _____</div> <div>NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____</div> <div>FECHA / CIUDAD: _____</div> <div>CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____</div>
Medicina: _____	
Laboratorios: _____	
Tratamientos: _____	
Rayos X: _____	
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. ***

palig.com

NOTA: Este talonario **NO** reemplazará la factura o recibo que es proporcionado por el médico de Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A., según lo dispuesto en el artículo 51 del Decreto Ejecutivo No. 143 de 2005.

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?

DÍA

MES

AÑO

3. ¿Se trata de embarazo?

SÍ

NO

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

NO

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:

Fecha de Atención							Código CPT del Servicio	Nombre del Servicio o Procedimiento (Según Addéndum)	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

2. Paciente Hospitalizado

3. Centro Ambulatorio

4. Laboratorio / Rayos X

5. Sala de Urgencia

6. Hogar del Paciente

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: _____				