

FORMULARIO DE RECLAMACION DE SERVICIOS MEDICOS

RED PROVEEDORES PALIC

FAVOR ESCRIBA A MAQUINA O LETRA DE MOLDE

SECCION A LLENAR POR EL EMPLEADO

Nombre del asegurado _____ Fecha de nac. MES / DIA / AÑO _____ Fecha Efva. Seguro MES / DIA / AÑO _____
 Nombre del paciente _____ Fecha de nac. _____ Fecha Efva. Seguro _____
 Nombre del Dueño de la Póliza (Patrono) _____ No. de Póliza _____ No. de Certificado _____

Fue causada la dolencia por un accidente: SI NO
 Caso afirmativo Cuándo ocurrió? MES / DIA / AÑO _____
 Dónde ocurrió? _____

En caso de enfermedad, en qué fecha comenzó?
 Fecha MES / DIA / AÑO _____

AUTORIZACION: Por este medio autorizo el pago directo a cualquier médico, dentista, laboratorio y Hospital suscrito, y autorizo también a suministrar cualquier información (incluyendo copia exacta en sus Archivos) a Pan-American Life por todos los tratamientos o servicios prestados a mí o a mis dependientes.

Fecha MES / DIA / AÑO _____ Firma del asegurado _____
 Fecha _____ Firma del paciente _____ (Si es menor de edad, firma del padre o madre)

SECCION A LLENAR POR EL MEDICO

CIRUGIA <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatoria en hospital <input type="checkbox"/> En consultorio	CLAVE/LUGAR DE SERVICIO (CPH) (CAH) (CEC)	ATENCION MEDICA <input type="checkbox"/> En consultorio <input type="checkbox"/> En hospital <input type="checkbox"/> En residencia	CLAVE/LUGAR DE SERVICIO (AMC) (AMH) (AMR)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento MES / DIA / AÑO _____
 Diagnóstico, Cirugía _____ Código de Cirugía (CRVS) _____
 Fue un accidente? SI NO Fecha y lugar donde ocurrió MES / DIA / AÑO _____
 Fecha en que empezó la enfermedad MES / DIA / AÑO _____
 Se debe la condición a un embarazo? SI NO Fecha de inicio del embarazo MES / DIA / AÑO _____

DESCRIPCION DE SERVICIOS

CIRUGIA Nombre de la Cirugía	Clave lugar de servicio	Cargo	ATENCION MEDICA	Clave lugar de servicio	No. visitas	Cargo (A) por visita	Co-Pago (B)
Pago Palic \$ _____			Pago Palic (A) - (B) \$ _____			\$ _____	

Si el servicio es en hospital indique nombre _____

Fecha MES / DIA / AÑO _____ FIRMA Y SELLO DE MÉDICO _____ NO. DE PROVEEDOR _____

PARA USO EXCLUSIVO DE PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY

INFORMACION DE GASTOS

Código Beneficio	Cantidad Incurrida	Valor NO Cubierto	Cantidad Elegible	No. Veces	Porcentaje a pagar
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
A pagar \$ _____					_____

900/901 _____ Ded. Año (\$ _____)
 990 _____ Saldo Pendiente \$ _____

Fecha MES / DIA / AÑO _____ Hecho por _____