

FORMULARIO DE RECLAMACION DE SERVICIOS MEDICOS

FAVOR ESCRIBA A MAQUINA O LETRA DE MOLDE

RED PROVEEDORES PALIC

SECCION A LLENAR POR EL EMPLEADO

Nombre del asegurado _____	MES / DIA / AÑO	Fecha de nac. _____	MES / DIA / AÑO	Fecha Efva. Seguro _____
Nombre del paciente _____		Fecha de nac. _____		Fecha Efva. Seguro _____
Nombre del Dueño de la Póliza (Patrón) _____		No. de Póliza _____		No. de Certificado _____
Fue causada la dolencia por un accidente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso de enfermedad, en qué fecha comenzó?			
Caso afirmativo Cuándo ocurrió? _____ MES / DIA / AÑO	Fecha _____ MES / DIA / AÑO			
Dónde ocurrió? _____				

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.

MES / DIA / AÑO

Fecha _____ Firma del asegurado _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ (Si es menor de edad, firma del padre o madre)

SECCION A LLENAR POR EL MEDICO

CIRUGIA	CLAVE/LUGAR DE SERVICIO	ATENCION MEDICA	CLAVE/LUGAR DE SERVICIO
<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado	(CPH)	<input type="checkbox"/> En consultorio	(AMC)
<input type="checkbox"/> Ambulatoria en hospital	(CAH)	<input type="checkbox"/> En hospital	(AMH)
<input type="checkbox"/> En consultorio	(CEC)	<input type="checkbox"/> En residencia	(AMR)
MES / DIA / AÑO			
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____		
Diagnóstico, Cirugía _____	Código de Cirugía (CRVS) _____		
Fue un accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 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 MEDICO

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 _____