

**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 <b>M F</b>												
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>														
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 <table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>			_____	_____	_____	DÍA	MES	AÑO						
_____	_____	_____													
DÍA	MES	AÑO													
14. Reclamo a causa de accidente  ¿Cuándo ocurrió? <table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>HORA</td> </tr> </table> 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: _____	_____	_____	_____	_____	DÍA	MES	AÑO	HORA							
_____	_____	_____	_____												
DÍA	MES	AÑO	HORA												
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: <table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>		_____	_____	_____	DÍA	MES	AÑO						
_____	_____	_____													
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: <table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>		_____	_____	_____	DÍA	MES	AÑO						
_____	_____	_____													
DÍA	MES	AÑO													
Nombre del Hospital: _____	Fecha de Ingreso														
Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____															
Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____															
<b>Detalle de Cuenta:</b>	<table border="1"> <tr> <td>Consulta: _____</td> <td rowspan="7">                 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                   FIRMA DEL ASEGURADO: _____                  NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____                  FECHA / CIUDAD: _____                  CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____             </td> </tr> <tr> <td>Medicina: _____</td> </tr> <tr> <td>Laboratorios: _____</td> </tr> <tr> <td>Tratamientos: _____</td> </tr> <tr> <td>Rayos X: _____</td> </tr> <tr> <td>Otros: _____</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL:</b> _____</td> </tr> </table>			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  FIRMA DEL ASEGURADO: _____ NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____ FECHA / CIUDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____	Medicina: _____	Laboratorios: _____	Tratamientos: _____	Rayos X: _____	Otros: _____	<b>TOTAL:</b> _____				
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  FIRMA DEL ASEGURADO: _____ NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____ FECHA / CIUDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____														
Medicina: _____															
Laboratorios: _____															
Tratamientos: _____															
Rayos X: _____															
Otros: _____															
<b>TOTAL:</b> _____															

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

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

<b>1. Código de Diagnóstico</b>	<b>Descripción de Diagnóstico</b>	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%;"></td> <td style="width:33%;"></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					
<b>TOTALES</b>										

**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 <span style="float: right;">Teléfono</span>
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
<b>GRAN TOTAL</b>			

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_