

**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. \_\_\_\_\_<sup>MES / DIA / AÑO</sup> Fecha Efva. Seguro \_\_\_\_\_<sup>MES / DIA / AÑO</sup>  
 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? \_\_\_\_\_<sup>MES / DIA / AÑO</sup> En caso de enfermedad, en qué fecha comenzó?  
 Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_<sup>MES / DIA / AÑO</sup>

**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 \_\_\_\_\_<sup>MES / DIA / AÑO</sup> Firma del asegurado \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_ (Si es menor de edad, firma del padre o madre)

**SECCION A LLENAR POR EL MEDICO**

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

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

**DESCRIPCION DE SERVICIOS**

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

Si el servicio es en hospital indique nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_<sup>MES / DIA / AÑO</sup> 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 \$ \_\_\_\_\_