

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS



CONSULTA EXTERNA

INSTRUCCIONES: • Presentar el camé del seguro • Llevar identificación con foto • Entregar este formulario • Pagar al médico el copago correspondiente.

A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:

Nº. de Póliza:

Nº. Certificado:

Nombre completo del Paciente:

Sexo:

☐ F ☐ M

Fecha de nacimiento:

dd/mm/aa

El paciente es:

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo

Motivo de la consulta:

☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Maternidad

Fecha inicio síntomas:

dd/mm/aa

AUTORIZACIÓN:

Por este medio autorizo a todos los médicos, clínicas, o a cualquiera de los miembros del cuerpo profesional para que informe, revele o permita la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro de dicho médico, clínica, hospital o miembro de su cuerpo profesional a PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA. (Incluyendo copia exacta de sus archivos).

Fecha:

dd/mm/aa

Firma del Asegurado:

A LLENAR POR EL PATRONO

(Si utiliza Red de Proveedores, no llene esta sección, ésta se completa únicamente en reclamos convencionales).

Datos del Patrono:

Fecha:

dd/mm/aa

Sello y Firma del Patrono:

Nombre completo del empleado asegurado:

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA • Avenida La Reforma 9-00 Zona 9, Edificio Plaza Panamericana, 10º. Nivel, Ciudad Guatemala, Guatemala
PBX. (+502) 2338-9800 • Fax. 2338-9897 • Autorizaciones Ext.: 31, 40 • autorizacionesmedicas.gt@palig.com • www.palig.com • www.mypalig.com



COMPRA DE MEDICAMENTOS

INSTRUCCIONES: • Este formulario tendrá una validez de 15 días a partir de la fecha de emisión • Completar sin tachones o enmiendas y con letra de molde • Especificar presentación de medicamento, dosis y tiempo de tratamiento • Los medicamentos cuyo valor exceda Q.1,000.00 necesita autorización previa de Pan-American Life de Guatemala.

A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nº. de Póliza:

Nº. Certificado:

Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

Fecha:

Firma del Asegurado:

A LLENAR POR LA FARMACIA AFILIADA

Solo para compra de medicamentos en tratamientos prolongados, de valor menor o igual a Q.1,000.00 y que no requieren autorización.

IMPORTANTE: Para tratamientos de muy larga duración o indefinidos, este formulario deberá repetirse por el médico cada 3 meses.

Fecha:

PRIMER MES

1

SELLO DE LA FARMACIA

Fecha:

SEGUNDO MES

2

SELLO DE LA FARMACIA

Fecha:

TERCER MES

3

SELLO DE LA FARMACIA

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA • Avenida La Reforma 9-00 Zona 9, Edificio Plaza Panamericana, 10º. Nivel, Ciudad Guatemala, Guatemala
PBX. (+502) 2338-9800 • Fax. 2338-9897 • Autorizaciones Ext.: 31, 40 • autorizacionesmedicas.gt@palig.com • www.palig.com • www.mypalig.com

LABORATORIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

INSTRUCCIONES: • Este formulario tendrá una validez de 15 días a partir de la fecha de emisión • Completar sin tachones o enmiendas y con letra de molde • El grupo de exámenes cuyo valor exceda Q.1,000.00 necesita autorización previa de Pan-American Life de Guatemala • Estudios especiales que necesitan autorización ver lista al dorso.

A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nº. de Póliza:

Nº. Certificado:

Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

Fecha:

Firma del Asegurado:

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA • Avenida La Reforma 9-00 Zona 9, Edificio Plaza Panamericana, 10º. Nivel, Ciudad Guatemala, Guatemala
PBX. (+502) 2338-9800 • Fax. 2338-9897 • Autorizaciones Ext.: 31, 40 • autorizacionesmedicas.gt@palig.com • www.palig.com • www.mypalig.com

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS

CONSULTA EXTERNA

A LLENAR POR EL MÉDICO :

1. Motivo de la consulta:

¿Es la condición congénita?
☐ Sí ☐ No

2. Diagnóstico(s)

3. Tiempo de evolución de los síntomas

4. Indique: nombre de hospital o consultorio, número de visitas al paciente por esta condición en cada lugar y valor de cada visita.:
En el hospital _____ Total Visitas _____ Importe por visita Q. _____
En el consultorio _____ Total Visitas _____ Importe por visita Q. _____

5. Por embarazo indique las semanas de gestación y/o FUR:

6. Si se practicó alguna cirugía, descríbala:

7. Medicinas recetadas

Nombre del Médico y especialidad:

Nº Colegiado:

Teléfono:

Fecha:

Firma y sello:

8. Observaciones:

COMPRA DE MEDICAMENTOS

A LLENAR POR EL MÉDICO / HOSPITAL

Diagnósticos:
1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____

Nombre del Médico y especialidad:

Nº de medicamentos solicitados: _____ Fecha inicio síntomas: _____

Firma y sello:

Principio Activo

MEDICAMENTO GENÉRICO:

Dosis y Frecuencia

Tiempo

Nombre

MEDICAMENTO DE MARCA:

Dosis y Frecuencia

Tiempo

LABORATORIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

A LLENAR POR EL MÉDICO:

Nombre del Médico y especialidad:

Firma y Sello:

Diagnósticos:
1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____

Exámenes solicitados:
1 _____ 8 _____
2 _____ 9 _____
3 _____ 10 _____
4 _____ 11 _____
5 _____ 12 _____
6 _____ 13 _____
7 _____ 14 _____

Exámenes que necesitan autorización:
☐ EEG ☐ Electromiograma ☐ Proced. endoscópicos ☐ Mamografía
☐ EKG ☐ Pruebas de alergias ☐ RX c/ m. contraste ☐ P. Evocados
☐ RMN ☐ Prueba de esfuerzo ☐ Ecocardiograma ☐ Holter y mapa
☐ TAC ☐ Pruebas nucleares ☐ Densitometría ósea ☐ Doppler

Observaciones: _____