

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

Es para nosotros un placer tenerlo como asegurado y deseamos reembolsar sus gastos médicos a la mayor brevedad posible para lo cual le rogamos completar el siguiente cuestionario en letra de molde y adjuntar sus recibos y facturas respaldadas por las órdenes médicas correspondientes debidamente firmadas y selladas.

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por:

Mi Mi Conyuge Mi hijo(a)

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Empleado: _____

de documentos que acompañan este formulario _____

Valor total Facturas L. _____

Tel. Residencia _____ Tel. Oficina _____

¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente?

Si No ¿Cuándo ocurrió? _____
 Día Mes Año

A las _____ a.m. p.m.

Indique la índole de la dolencia: _____

Desde cuando le comenzaron los síntomas por esta dolencia: _____

De el nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros Médicos que le han asistido por esta enfermedad.

Fecha _____ Firma del empleado _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los médicos, clínicas, centros hospitalarios, de laboratorio, de imágenes especiales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus archivos) relacionados a tratamientos y servicios médicos prestados a mi o a mis dependientes.

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL PATRONO

La siguiente información debe ser obtenida de la tarjeta de enrolamiento:

Nombre del Empleado: _____ No. de Póliza _____ No. de Certificado _____

Nombre de la Empresa: _____ Teléfono: _____

¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? Si No

Cargo de quien autoriza este reclamo _____

Nombre, firma y sello de quien autoriza el reclamo _____

ESTE CODO SOLO DEBE SER DESPRENDIDO POR EL LABORATORIO

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE LABORATORIOS Y RAYOS X

SECCION D: DEBE SER COMPLETADA POR EL LABORATORIO (Favor escribir en letra de molde)

La siguiente información debe ser obtenida del carnet del asegurado:

Nombre del Asegurado _____ Nombre del Paciente _____

No. de Póliza _____ No. de Certificado _____

Descripción de servicios: _____ Valor Factura L. _____

-20% Copago L. _____

% Descuento L. _____

Saldo a pagar PALIC L. _____

 Firma del Tecnólogo o Laboratorista Nombre del Laboratorio y/o Clínica _____ Tel.: _____

AUTORIZACION: Por este medio autorizo el pago directo de este laboratorio, y autorizo también a suministrar cualquier información (incluyendo copia exacta de sus archivos) a Pan American Life por todos los tratamientos o servicios prestado a mi o a mis dependientes.

Lugar y fecha _____ Ciudad _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Firma del Asegurado _____

IMPORTANTE Anexar original de la Factura

SECCION C: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ASISTENTE EN FORMA MANUSCRITA

1. Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
2. De su diagnóstico completo: _____
3. ¿Se debe su condición a embarazo? Si No
En caso afirmativo indique la fecha de la última menstruación: _____
Día Mes Año
4. ¿Desde cuándo trata al paciente por este diagnóstico? _____
5. ¿Refirió el paciente desde cuando le comenzaron los síntomas por este diagnóstico? ¿Qué síntomas?

6. ¿Según su opinión cuándo se originó la cusa básica de esta condición? _____
Día Mes Año
7. Si se practicó cirugía, describa la operación y sus complicaciones si las hubieron:

8. Según su opinión, la incapacidad fue causada por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? Si No
9. ¿Refirió el paciente al haber sido atendido por otro Médico antes de usted? Si No ¿Nombre del Médico? _____
10. Le presentó estudios clínicos el paciente la primera vez que Ud. lo atendió? Si No
11. En caso de hospitalización, que médico la ordenó? _____
Indique la fecha de admisión: _____ Fecha de salida: _____
Día Mes Año Día Mes Año
12. Le recomendó al paciente practicarse estudios para diagnóstico? Si No

Observaciones: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Especialidad del Médico: _____

Fecha: _____ Día Mes Año Firma y Sello _____

ADVERTENCIA

Las declaraciones inexactas están penadas por la Ley. (Artículos: 1141,1143, del Código de Comercio)

ORDEN DE RAYOS X Y LABORATORIO

Exámenes a Practicarse:

1. Son estos exámenes para diagnóstico de alguna enfermedad o sintomatología Si No
En caso afirmativo de nombre de la enfermedad o sintomatología _____
2. Son estos exámenes para chequeo médico Si No
En caso afirmativo indique: Chequeo ordinario anual Chequeo de rutina Control Ginecológico

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Fecha: _____ Día Mes Año Firma y Sello _____