

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS



PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

CONSULTA EXTERNA

INSTRUCCIONES: • Presentar el carné 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: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de nacimiento: dd/mm/aa		
El paciente es: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	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).	
Motivo de la consulta: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad	Fecha: dd/mm/aa	Firma del Asegurado:
Fecha inicio síntomas: dd/mm/aa		

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



PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

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 • Compras menores a Q.500.00 por reembolso convencional • Los medicamentos cuyo valor exceda de Q.1,000.00 necesitan 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:	Firma del Asegurado:
Fecha de nacimiento:			

A LLENAR POR LA FARMACIA AFILIADA

Solo para compra de medicamentos en tratamientos prolongados de valor superior a Q.500 o 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:	Fecha:	Fecha:
PRIMER MES	SEGUNDO MES	TERCER MES
1	2	3
SELLO DE LA FARMACIA	SELLO DE LA FARMACIA	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



PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

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:	Firma del Asegurado:
Fecha de nacimiento:			

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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, describala:			
7. Medicinas recetadas		Nombre del Médico y especialidad:	
		Nº Colegiado:	Teléfono:
		Fecha:	
8. Observaciones:		Firma y sello:	

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:	
MEDICAMENTOS CATÁLOGO DE MARCAS SELECTAS (CMS) PALIGMED			
Principio Activo	Dosis y Frecuencia	Tiempo	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
MEDICAMENTO DE MARCA:			
Nombre	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:			
<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> Electromiograma	<input type="checkbox"/> Proced. endoscópicos	<input type="checkbox"/> Mamografía
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Pruebas de alergias	<input type="checkbox"/> RX c/ m. contraste	<input type="checkbox"/> P. Evocados
<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Holter y mapa
<input type="checkbox"/> TAC	<input type="checkbox"/> Pruebas nucleares	<input type="checkbox"/> Densitometría ósea	<input type="checkbox"/> Doppler
Observaciones: _____			