

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: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

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 día / mes / año	7. Edad	8. Sexo M F
10. Lugar del empleo, colegio o universidad del Reclamante	11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente)		
12 El reclamo se hace a causa de ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	COMPañÍA DE SEGURO		No. DE PÓLIZA
13. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad	Fecha de primeros síntomas		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
14. Reclamo a causa de accidentes	¿Cuándo ocurrió?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO HORA	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: _____			
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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indique: Fecha de Ingreso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	
Nombre del Hospital: _____			
Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____			
Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____			
Detalle de la Cuenta:	<p>Por este medio certifico las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, intermediario de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. Igualmente, autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.</p> <p>FIRMA DEL ASEGURADO: _____ NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____ FECHA / CIUDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____</p>		
Consulta: _____			
Medicina: _____			
Laboratorios: _____			
Tratamientos: _____			
Rayos X: _____			
Otros: _____			
TOTAL: _____			



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

1. Código de Diagnóstico	Descripción de Diagnóstico	2. ¿Cuándo inició la causa básica de esta condición?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></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? SÍ <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								
D	M	A	D	M	A				
TOTALES									
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						
Nombre del Médico o Proveedor			Sello del Médico, Clínica u Hospital y Número de Registro Médico						
Confeccionar Cheque a nombre de			Dirección		Teléfono				

Reciba el pago de sus reclamos directamente a su cuenta bancaria, más rápida y eficientemente, a través del sistema SINPE. Consulte a su tenedor de póliza, intermediario de seguros o contáctenos directamente al 2505-3600.

La documentación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el (los) registro (s) número P14-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012, y los registros número P16-35-A06-204 de fecha 4 de octubre de 2010 y P16-35-A06-212 de fecha 9 de diciembre de 2010.

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	Cargo a pagar por Palic
GRAN TOTAL				
No 890076556				
Firma del Asegurado _____				