PAN AMERICAN LIFE GUATEMALA

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

FORMULARIO ÚNICO PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

SECCIÓN I - INFORMACIÓN DEL PACIENTE/ASEGURADO

Fecha:

No. De Póliza:

No. Certificado:

Edad:

Nombre del paciente:

○ Titular ○ Cónyuge ○ Hijo

SOLICITE SU REEMBOLSO MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA (ACH)

La cuenta bancaria debe estar a nombre del asegurado titular de la póliza

Banco:

No. de Cuenta:

Tipo de cuenta: ○ Monetaria ○ Ahorro

Moneda: ○ Q. ○ $

Nombre de la cuenta:

E-mail:

Teléfono:

SECCIÓN II - INFORMACIÓN MÉDICA/HOSPITALARIA

Diagnósticos Completos:

Condición médica derivada de: ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad

Fecha de inicio de la condición:

Síntomas similares previos: SI ☐ NO ☐

Tipo de servicio médico: Medicamentos ☐ Laboratorios ☐ Procedimiento ambulatorio ☐ Hospitalización ☐ Emergencia ☐ Consulta externa ☐

Nombre del hospital, clínica, laboratorio u otro:

Para tratamientos intrahospitalarios: Fecha ingreso: Fecha egreso:

Descripción de tratamientos:

COMPRA DE MEDICAMENTOS

Total medicamentos recetados:_____

Nombre del medicamento	Dosis/Frecuencia	Tiempo

Para compra de medicamentos prolongados o indefinidos, este formulario deberá actualizarse cada 6 meses.

LABORATORIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

No. Laboratorios indicados: _____

Exámenes que necesitan autorización

☐ Cardiología ☐ Medicina Nuclear ☐ TAC

☐ Gastroenterología ☐ Mamografía ☐ RMN

☐ Neurología ☐ Alergología ☐ Densitometría

Exámenes solicitados

1 _____ 6 _____

2 _____ 7 _____

3 _____ 8 _____

4 _____ 9 _____

5 _____ 10 _____

AUTORIZACIÓN: Por este medio autorizo a todos los médicos, clínicas o 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 las empresas que hacen parte de PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA (incluyendo copia exacta de sus archivos) quienes podrán consultar, transferir, compartir, solicitar y procesar mis datos personales, información sensible incluyendo la de mis dependientes, a terceros necesarios incluyendo el intermediario de seguros del Contratante, el administrador de red de proveedores médicos escogido, entre otros.

Nombre y firma del Asegurado Titular

Nombre del médico:

Teléfono:

E-mail:

Fecha:

Firma y Sello: