

Número físico de formulario: _____
(exclusivo para proveedores de red)

SECCION A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nac. mes _____ día _____ año _____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac. mes _____ día _____ año _____
 Nombre del dueño de la Póliza (Patrono): _____ No. de Póliza: _____ No. de Cert.: _____
 En caso de accidente, ¿Cuándo ocurrió? _____ ¿Cómo y dónde ocurrió? _____
 En caso de enfermedad, fecha de inicio: mes _____ día _____ año _____
 Datos de contacto del asegurado: Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

AUTORIZACION: Por este medio autorizo el pago directo a cualquier médico, dentista, laboratorio y hospital suscrito, y autorizo también a suministrar cualquier información (incluyendo copia exacta en sus archivos) a Pan American Life, S.A., Seguros de personas, por todos los tratamientos o servicios prestados a mí o a mis dependientes.

Fecha: mes _____ día _____ año _____ Firma del asegurado _____
 Fecha: mes _____ día _____ año _____ Firma del paciente _____ (Si es menor de edad, firma del padre o madre)

SECCION A LLENAR POR EL MEDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac. mes _____ día _____ año _____
 Diagnóstico, cirugía: _____
 En caso de accidente: ¿Cuándo ocurrió? _____, ¿Cómo ocurrió? _____
 En caso de enfermedad, fecha de inicio: mes _____ día _____ año _____
 ¿Se debe la condición a un embarazo? SI NO Fecha de inicio del embarazo mes _____ día _____ año _____
 Tipo de servicio brindado al paciente (marcar con una x)

ATENCION MEDICA

En consultorio No. de visitas _____ \$ _____
 En hospital No. de visitas _____ \$ _____
 En residencia No. de visitas _____ \$ _____

CIRUGIA

Paciente hospitalizado Código _____ \$ _____
 Ambulatoria en hospital Código _____ \$ _____
 En consultorio Código _____ \$ _____

En caso de hospitalización o cirugía indique el nombre del hospital: _____

Fecha: mes _____ día _____ año _____ Firma y sello del médico tratante: _____ Médico de red SI NO

EXCLUSIVO PARA LABORATORIOS Y RAYOS X DE RED (Importante anexar orden original del médico)

Nombre del médico que ordena las pruebas: _____ Diagnóstico: _____
 Descripción de servicios brindados: _____
 Nombre del Laboratorio /Rayos X _____
 Fecha: mes _____ día _____ año _____ Firma y sello del proveedor _____

▪ Total del gasto: \$ _____
 ▪ Co pago asegurado: \$ _____
 ▪ Total presentado: \$ _____

PARA USO EXCLUSIVO DE PAN AMERICAN LIFE, S.A., SEGUROS DE PERSONAS

INFORMACION DE GASTOS

Código Beneficio	Cantidad Incurrida	Valor NO Cubierto	Cantidad Elegible	No. Veces	Porcentaje a pagar
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
900/901	_____	_____	_____	_____	_____
990	_____	_____	_____	_____	_____
				A pagar \$	_____
		Ded. Año	(\$ _____)		
		Saldo Pendiente	(\$ _____)		