

FORMULARIO ÚNICO DE GASTOS MÉDICOS



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). Dicha autorización se extiende a Pan-American Life de Guatemala para que ésta pueda compartir dicha información/documentación con mi intermediario de seguros."
Motivo de la consulta: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad		
Fecha inicio síntomas: dd/mm/aa	Fecha: 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:		

IMPORTANTE: El proveedor afiliado tendrá un máximo de 90 días a partir de la fecha de prestación del servicio para la reclamación a la compañía aseguradora de acuerdo a condiciones de contrato.

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 (502) 2338-9800 Opc. 2 ☎ autorizacionesmedicas.gt@palig.com ☎ www.palig.com ☎ www.paligdirect.com



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 • Los medicamentos cuyo valor exceda Q.1,500.00 necesita 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 o indefinidos.

IMPORTANTE: Para tratamientos prolongados o indefinidos este formulario deberá actualizarse por el médico tratante cada 6 meses.

Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
PRIMER MES	SEGUNDO MES	TERCER MES	CUARTO MES	QUINTO MES	SEXTO MES
1	2	3	4	5	6
SELLO DE LA FARMACIA	SELLO DE LA FARMACIA	SELLO DE LA FARMACIA	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 (502) 2338-9800 Opc. 2 ☎ autorizacionesmedicas.gt@palig.com ☎ www.palig.com ☎ www.paligdirect.com



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 (502) 2338-9800 Opc. 2 ☎ autorizacionesmedicas.gt@palig.com ☎ www.palig.com ☎ www.paligdirect.com

FORMULARIO ÚNICO 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, descríbala:		
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:
MEDICAMENTO GENÉRICO:		
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: _____			