PAN AMERICAN LIFE HONDURAS
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

FORMULARIO ÚNICO
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS/PREAUTORIZACIÓN

Completar con letra clara, adjuntar según corresponda: facturas, detalle de cuentas hospitalarias, resultados de laboratorios o imágenes, recetas de medicamentos, resultados de patologías, detalle de honorarios médicos por cirugías.

SECCIÓN I - INFORMACIÓN COMPLETA DEL PACIENTE/ASEGURADO

Fecha:

No. De Póliza _____ No. Certificado _____ Edad _____

Nombre del paciente _____ titular ☐ cónyuge ☐ hijo ☐

Correo electrónico _____ DNI: _____ teléfono: _____

¿Cuenta con cobertura de otra compañía de seguros? SI NO ☐ Nombre de la Compañía: _____

Nombre y número de póliza _____

SECCIÓN II - INFORMACIÓN MÉDICA/HOSPITALARIA (COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE)

Diagnósticos Completos:

Condición médica derivada de: enfermedad ☐ accidente ☐ laboral ☐ maternidad ☐

Fecha de inicio de la condición: _____ Síntomas similares previos si ☐ no ☐

Tipo de servicio médico: medicamentos ☐ laboratorios ☐ procedimiento ambulatorio ☐ hospitalización ☐ emergencia ☐ consulta externa ☐

Para tratamientos intrahospitalarios Fecha ingreso: Fecha egreso:

Para casos quirúrgicos, indicar si se requiere: Cirujano ☐ Ayudante ☐ Anestesiólogo ☐ Patología ☐

Equipo especial:

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 precertificación

Cardiología ☐ Alergología ☐
Gastroenterología ☐ TAC ☐
Neurología ☐ RMN ☐
Medicina Nuclear ☐ Densitometría ☐
Monografía ☐ Descripción ☐

Exámenes solicitados

1 _____ 5 _____ 9 _____
2 _____ 6 _____ 10 _____
3 _____ 7 _____
4 _____ 8 _____

Preautorización/precertificación: SI ☐ NO ☐ Número:

SECCIÓN III - INFORMACIÓN PATRONO (a llenar por el contratante, aplica para pólizas colectivas y minimed en la presentación de reclamaciones)

Nombre del empleado: _____ No. de póliza: _____ No. de certificado _____

Nombre de la empresa: _____ Teléfono: _____

¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? Si ☐ No ☐

Cargo de quién autoriza este reclamo: _____ Nombre, firma y sello _____

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 PAN-AMERICAN LIFE (incluyendo copia exacta de sus archivos). Dicha autorización se extiende a Pan-American Life para que esta pueda compartir dicha informacion/documentación con mi intermediario de seguros.

_____

Nombre y firma del asegurado titular

Nombre y especialidad del médico: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____ Fecha: _____

Firma y sello: _____

Advertencia

Código de Comercio

Articulo 1147: La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Articulo 1148: Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerle incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.