PAN AMERICAN LIFE
INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.
Confianza toda la vida. People you can trust for life.

MS PANAMA, S.A.

" De la mano con su Saludo "

POLIZA Nº: 66616

Nº Rec:

Fecha Recibido:

FORMULARIO DE RECLAMOS (Solo se acepta Documentos originales)

Panamá Tel: 229-1200/ Fax: 229-1210 -- Chiriquí Tel: 777-8014 / Fax: 777-8015 -- Correo electrónico: coberturas@ms-panama.com

SECCION A: INFORMACION SOBRE EL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO	CERTIFICADO	FECHA EFECTIVA

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	FECHA DE LA ATENCIÓN

Por este Medio autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguro y otras compañías de Seguros que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.. Igualmente autorizo a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de corredor de seguros o tenedor de pólizas, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario

FIRMA DEL ASEGURADO : _____ **N° DE CEDULA:** _____

TEL. RES: _____ **TEL. OFICINA:** _____ **CELLULAR:** _____

CIUDAD: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO

1. Descripción de Diagnóstico: **Código de Dianostico(ICD-9):**

2. ¿Cúando inició la causa básica de esta condición? Día ___ Mes ___ Año ___

Lugar del Servicio:

Fecha de la atención Día ___ Mes ___ Año ___

Código CPT del Servicio	Nombre del Servicio o Procedimiento (Según Addéndum)	Tarifa total por Servicio	Pago de Asegurado
	TOTAL		

Certifico que las respuesta anteriores son correctas a mi mejor conocimiento y que corresponde a los servicios que he prestado

Firma del Médico o Proveedor y Cédula fecha: Día /mes / Año

Sello del Medico, Clínica u Hospital y Número de Registro Médico :

Confeccionar Cheque a Nombre de:

SECCIÓN C: PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

TIPO DE SERVICIO	TOTAL PRESENTADO	NO CUBIERTO	DESCUENTO	TOTAL ELEGIBLE	CO-PAGO	PROCENTAJE	TOTAL A PAGAR
CONS							
LAB							
RX							
ESTUDIO							
URG							
H.M.							
HOPS							
CIRUG. AMB.							
OTROS							
						TOTAL	

COMITÉ MEDICO (Para uso de la administración del seguro médico)	APROBADO	INCOMPLETO	PENALIZADO	RECHAZADO
OBSEVACION:				
COORDINADOR MEDICO DEL SEGURO- FIRMA Y SELLO:	FECHA:			

Panamá Tel: 229-1200/ Fax: 229-1210 -- Chiriquí Tel: 777-8014 / Fax: 777-8015 -- Correo electrónico: coberturas@ms-panama.com

NOMBRE DEL ASEGURADO:	N° de Certificado	N° Del reclamo / claim
Procedimiento	Total Presentado	
CONS ☐ LABS ☐ URG ☐		Fecha de Recibido
RAYOS X ☐ ESTUDIO ☐ OTROS ☐		