

## 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.**

<b>SECCION I - INFORMACION COMPLETA DEL PACIENTE/ASEGURADO</b>			Fecha:	
No. De Póliza	No. Certificado	Edad		
Nombre del paciente		titular <input type="checkbox"/>	cónyuge <input type="checkbox"/>	hijo <input type="checkbox"/>
Correo electrónico	DNI:	teléfono:		

¿Cuenta con cobertura de otra compañía de seguros? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la Compañía:
Nombre y número de póliza	

<b>SECCIÓN II - INFORMACIÓN MÉDICA/HOSPITALARIA (COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE)</b>			
Diagnósticos Completos:			
Condición médica derivada de: enfermedad <input type="checkbox"/> accidente <input type="checkbox"/> laboral <input type="checkbox"/> maternidad <input type="checkbox"/>			
Fecha de inicio de la condición:		Síntomas similares previos si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio médico			
medicamentos <input type="checkbox"/>	laboratorios <input type="checkbox"/>	procedimiento ambulatorio <input type="checkbox"/>	
hospitalización <input type="checkbox"/>	emergencia <input type="checkbox"/>	consulta externa <input type="checkbox"/>	
Nombre del hospital, clínica, laboratorio u otro			
Para tratamientos intrahospitalarios		Fecha ingreso:	Fecha egreso:
Para casos quirúrgicos, indicar si se requiere: Cirujano <input type="checkbox"/> Ayudante <input type="checkbox"/> Anestesiólogo <input type="checkbox"/> Patología <input type="checkbox"/>			
Equipo especial: <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
Descripción de tratamientos:			

<b>COMPRA DE MEDICAMENTOS</b>	Total Medicamentos recetados: _____	
Nombre del medicamento	Dosis/Frecuencia	Tiempo
Para compra de medicamentos prolongados o indefinidos, este formulario deberá actualizarse cada 6 meses.		

<b>LABORATORIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN</b>		No. Laboratorios recetados: _____
<b>Exámenes que necesitan precertificación</b>		<b>Exámenes solicitados</b>
Cardiología <input type="checkbox"/>	Alergología <input type="checkbox"/>	1 _____ 6 _____
Gastroenterología <input type="checkbox"/>	TAC <input type="checkbox"/>	2 _____ 7 _____
Neurología <input type="checkbox"/>	RMN <input type="checkbox"/>	3 _____ 8 _____
Medicina Nuclear <input type="checkbox"/>	Densitometría <input type="checkbox"/>	4 _____ 9 _____
Monografía <input type="checkbox"/>	Descripción _____	5 _____ 10 _____

Preautorización/precertificación: SI  NO  Número: \_\_\_\_\_

<b>SECCIÓN III - INFORMACIÓN PATRONO (a llenar por el contratante, aplica para pólizas colectivas y minimed en la presentación de reclamaciones)</b>		
Nombre del empleado:	No. de póliza:	No. de certificado
Nombre de la empresa:	Teléfono:	
¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cargo de quién autoriza este reclamo:	Nombre, firma y sello	

<p style="font-size: small;">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 DE HONDURAS (incluyendo copia exacta de sus archivos). Dicha autorización se extiende a Pan-American Life de Honduras para que esta pueda compartir dicha información/documentación con mi intermediario de seguros.</p> <p>Nombre y firma del asegurado titular</p>	<p>Nombre y especialidad del médico:</p> <p>Teléfono: _____ E-mail: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma y sello:</p>
--	--

Advertencia  
Código de Comercio

**Artículo 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.

**Artículo 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.