

Proceso del Reclamo
 Pago Directo Y Reembolso
 Gastos Médicos Mayores Internacional



El objetivo del equipo de Pan-American Private Client para Gastos Médicos Mayores de Pan-American Life de Guatemala es la satisfacción de nuestros asegurados y agentes. Para lograr este objetivo ponemos a su disposición un grupo de profesionales con una vasta experiencia en la industria de Gastos Médicos Mayores y un alto sentido de servicio, lo cual nos permite manejar el proceso de los reclamos de una forma ágil y eficaz.

Con el fin de que nuestros agentes vayan de la mano con nosotros para proveer al asegurado un servicio excepcional, hemos creado esta guía que resume los puntos claves del proceso de un reclamo.

Nuestra meta principal en un evento es lograr establecer un **Pago Directo** al proveedor médico; no obstante entendemos que habrá circunstancias que nos lleven a tener que proceder con un reembolso.

A continuación detallamos los procedimientos para cada uno de estos escenarios:

I. Pasos a seguir para emisión de Garantía de Pago o Carta de Pago Directo al Proveedor

- ◆ Pan-American Life de Guatemala debe recibir notificación tan pronto haya conocimiento de la necesidad de un tratamiento médico
- ◆ El equipo de servicio médico cuenta con el conocimiento y experiencia para brindar la ayuda que usted y su cliente necesitan las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días del año
- ◆ Esta notificación puede realizarse vía los siguientes medios:

- Por teléfono a nuestra Línea de Contacto: (502) 2338-9889
- Si esta en el extranjero por teléfono a nuestra línea de emergencia en EE.UU.: 001+(305) 961-1606
- Por correo electrónico: notificacionesgua@paligpc.com
- ♦ Toda notificación debe incluir la siguiente información:
 - Nombre, apellido y número de póliza del asegurado
 - Datos de contacto del médico tratante (nombre, teléfono, correo electrónico y dirección) para ponernos en contacto con el proveedor de servicios y solicitar la información necesaria para emitir la carta de garantía de pago al proveedor
 - Informes médicos y resultados de exámenes si los tuviera, en relación con la condición médica diagnosticada por su médico tratante
 - Presupuesto de honorarios médicos y/u hospitalización para el procedimiento indicado, si lo tuviera
 - En caso de terapias físicas y de rehabilitación, quimioterapia o radiación, vamos a requerir plan de tratamiento, que incluya: la descripción detallada del servicio que va a recibir, número de sesiones y costo por sesión. En caso de requerir sesiones o tratamiento adicional, será necesario enviar informes médicos actualizados con la información antes mencionada al momento de solicitar la extensión del tratamiento
 - Una vez la compañía cuente con la información requerida para autorizar el Pago Directo, nuestro equipo médico emitirá la carta de garantía, si el caso es elegible y la enviará a través de correo electrónico al proveedor médico con una copia al agente
 - Si el caso no fuera elegible el equipo médico emitirá una carta de negación, la cual será enviada al agente sin especificar diagnóstico y en el procedimiento se reflejará tratamiento médico o quirúrgico de acuerdo al caso. Al proveedor se le enviará un correo electrónico comunicándole que el caso no es elegible sin especificar diagnóstico y/o procedimiento médico
 - A partir de este proceso, nuestro equipo médico se encarga de supervisar el tratamiento para garantizar el servicio de excelencia que nos caracteriza. Durante esta supervisión se mantiene al agente informado de los avances, pendientes, y, si aplica, cualquier cambio que se presente
 - En todo Pago Directo el proveedor es responsable por hacer llegar las facturas a la compañía para hacer posible la ejecución del pago. Si el cliente no ha satisfecho el deducible correspondiente, el mismo deberá de ser liquidado por el asegurado directamente al proveedor médico

II. Pasos a seguir para presentar un reclamo por Reembolso

En la eventualidad de no haber sido posible tramitar el Pago Directo al proveedor, los reclamos por reembolso serán manejados de la forma detallada a continuación:

- ♦ Para agilizar este proceso, la compañía ha diseñado un Formulario de Reembolsos (adjuntamos copia). El mismo debe de ser completado en su totalidad por el asegurado y el médico tratante

- ♦ En la eventualidad de que un asegurado haya sido tratado por más de un doctor por el mismo diagnóstico/procedimiento, es necesario que cada doctor complete dicho formulario y que someta su informe médico correspondiente
- ♦ Enviar a Pan-American Life de Guatemala dentro de los 180 días sucesivos a la fecha en que el asegurado recibiera el servicio médico el formulario de reembolso acompañado de las facturas originales a nombre del Asegurado Titular, recetas, órdenes de laboratorio y estado de cuenta de los gastos incurridos
- ♦ En los casos aprobados una vez recibidos los documentos antes mencionados, el proceso de evaluación del caso y la emisión de pago correspondiente se realizará en un máximo de 10 días hábiles

III. Datos Importantes

- ♦ Llevar siempre consigo la tarjeta de Pan-American Private Client
- ♦ Las terapias físicas y de rehabilitación, quimioterapia o radiación, deben ser coordinadas y aprobadas con anticipación por la Compañía. Para agilizar este proceso por favor envíenos el plan de tratamiento, que incluya:
 - a) La descripción detallada del servicio que va a recibir
 - b) Número de sesiones y costo por sesión
- ♦ En caso de requerir sesiones o tratamiento adicional, será necesario enviar informes médicos actualizados con la información antes mencionada al momento de solicitar la extensión y aprobación del tratamiento
- ♦ Cuando un asegurado resulta elegible para recibir beneficios bajo cualquier otra póliza de seguro emitida por cualquier otra compañía que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos necesarios, razonables y acostumbrados para el tratamiento de un evento, la suma de los beneficios pagaderos por esta póliza y cualquier otra póliza de seguros será coordinada entre ambas. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta póliza serán acreditadas al deducible del asegurado. Una vez que el deducible haya sido cubierto, los gastos elegibles bajo esta póliza que no han sido pagados por la otra compañía, serán cubiertos de acuerdo a las regulaciones y provisiones de la misma
- ♦ Si el motivo de la reclamación es debido a un accidente, por favor incluir lo siguiente:
 - Informes médicos de la sala de emergencia, así como reporte de radiología en caso de trauma nasal
 - En caso de un accidente de tránsito requerimos el reporte policial, así como “Informe Médico de la Sala de Emergencia” y expediente hospitalario en caso de ingreso. Adicionalmente es requerida la información de la compañía de seguro del automóvil, incluyendo sus beneficios
 - En caso de accidentes graves donde se requiera hospitalización inmediata por un periodo de más 23 horas, no se aplicará el deducible en la primera hospitalización derivada de este accidente. Toda hospitalización subsecuente a este accidente llevará deducible
 - Los tratamientos dentales serán cubiertos cuando son derivados de una emergencia provocada por Accidente cubierto. Dicho tratamiento deberá comenzar dentro del periodo de los 120 días posteriores a la fecha del accidente cubierto

FORMULARIO DE RECLAMO

Para ser completado por el médico tratante

I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del Asegurado Principal (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de Póliza

Celular

Correo electrónico

II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente (2 apellidos, primer nombre e inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento
Mes/Día/Año

Sexo

M
 F

Relación con el Asegurado Principal Cónyuge Hijo Otro

III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

¿Está relacionada esta condición con un accidente?

Si No

Si la respuesta es "SI", ¿fue la lesión causada por el acto u omisión de una persona diferente al paciente?

Si No

Diagnóstico, naturaleza de la lesión o enfermedad:

Fecha de la lesión o enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición o accidente

¿Síntomas similares ocurridos previamente? Si No Si la respuesta es "SI", ¿cuando?

IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del Hospital

Periodo de hospitalización.

Desde

Hasta

V- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS:

¿En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Si la respuesta es "SI", por favor proporcione:

Si No

Condición como asegurado: Titular Dependiente

Nombre de la Compañía

Número de Póliza

VI- MÉTODO DE REEMBOLSO:

Cheque Transferencia bancaria. Solicitar formulario a serviciogua@paligpc.com

VII- DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE:

Nombre del médico tratante (2 Apellidos, primer nombre e inicial del segundo) NIT o registración

--	--

Dirección del médico tratante

Dirección

Ciudad	Departamento	Código postal
--------	--------------	---------------

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Fecha de consulta

Firma del médico tratante

--	--

Hago constar que la información declarada en las secciones VII y VIII las he completado a mi mejor entendimiento y de manera correcta.

VIII- TRATAMIENTO INDICADO:

Fecha de servicio	Médico o proveedor	Descripción servicios médicos proporcionados	Moneda	Cantidad
Total				
Cantidad cubierta por el asegurado				
Cantidad cubierta por otro seguro				
Balance pendiente al hospital, clínica, médico, etc.				

IX- AUTORIZACIÓN Y FIRMAS:

Certifico que la información declarada en este formulario la he completado a mi mejor entendimiento y de manera correcta. Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, por este medio yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, agencia gubernamental de salud, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficio del empleador, y/o compañía de control de calidad para proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona o mis dependientes. Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. para evaluar un reclamo de beneficios médicos. Cualquier información médica obtenida en el asesoramiento de este reclamo puede ser proporcionada a cualquier persona o organización que Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. considere necesario.

Firma del Asegurado Principal	Firma del paciente (si no es el Asegurado Principal y si es mayor de edad)
-------------------------------	--

Fecha	Fecha
-------	-------