



Jorge
Sabater Trenard
CORREDOR DE SEGUROS



Manual para trámite de reembolsos, autorizaciones y terapias físicas



Atajos:

[Reclamación de Gastos Médicos.](#)

[Tratamientos prolongados.](#)

[Terapias físicas.](#)

[Procedimiento de Autorización.](#)

[PALIG Direct.](#)

[Red Médica Paligmed.](#)

[Trámite de consultas](#)

Reclamación de Gastos Médicos




Reembolsos

Los requisitos para la presentación de reclamación son los siguientes según corresponda:

- Formulario de Reclamación. (Hojas 4 y 5)
- Facturas electrónicas. (Hoja 6)
- Referencias médicas / Recetas (Hoja 7)
- Resultados de exámenes de diagnóstico (Hoja 8)
- La no presentación de alguno de estos requisitos o bien su presentación incompleta será motivo de devolución del trámite.

Formulario de Reclamación - Parte A


FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
 SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES

No: _____
 Reclamo No.: _____

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

1. COMPLETAR SECCIÓN A
 2. Solicite a su médico o COMPLETE SECCIÓN B
 3. Si es reclamo o médico o de Seguro Colectivo o Accidentes Personales, entregue éste con el detalle y originales de facturas, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con receta) que correspondan al diagnóstico.
 4. Si la reclamación es producto de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO RED (COPIGO) REGULAR

1. Nombre completo del asegurado	2. Compañía	3. No. de Póliza	4. No. de Certificado
5. Nombre del Reclamante	6. Fecha de Nacimiento dia / mes / año	7. Edad	8. Sexo M F
10. Lugar del empleo, colegio o universidad del Reclamante	11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Díganos de qué, si el reclamo es por accidente)		
12. El reclamo se hace a causa de ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	COMPAÑÍA DE SEGURO: _____ No. DE PÓLIZA: _____		
13. Reclamo a causa de enfermedad. Descríbala la enfermedad	Fecha de primera(s) visita(s): _____		
14. Reclamo a causa de accidentes	¿Cuándo ocurrió? _____ a.m. p.m.		
¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____ ¿La persona responsable es un tercero? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique: Nombre del Tercero Responsable: _____ Teléfono: _____ Compañía de Seguro: _____			
15. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de primera visita: _____			
NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO		CLÍNICA	
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ASISTEN EN ESTA LESIÓN		CLÍNICA	
16. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:			
Nombre del Hospital: _____			Fecha de Ingreso: _____
Totalmente Incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____		Parcialmente Incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____	
Detalle de la Cuenta: Consulta: _____ Medicinas: _____ Laboratorios: _____ Tratamientos: _____ Rayos X: _____ Otros: _____ TOTAL: _____		Por este medio certifico las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, intermediario de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información concerniente al reclamante para suministrar información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. Igualmente, autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de pólizas, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario. FIRMA DEL ASEGURADO: _____ NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES: _____ TEL. OFIC: _____ FECHA / CIUDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL: _____	

- El formulario de reclamación debe indicar en la esquina superior izquierda **Pan American Life Insurance de Costa Rica**.
- Debe ser completado de la casilla 1 a la casilla 11 obligatoriamente.
 - De la casilla 1 a la 4 se completa la información del asegurado principal
 - De la casilla 5 a la 11 es información del reclamante o paciente.
 - En caso de accidente se debe completar hasta la casilla 16.
- Se debe completar el recuadro inferior con los datos del asegurado o dependiente según corresponda, la firma debe ser de puño y letra.

Formulario de Reclamación - Parte B

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA RED						
1. Código de Diagnóstico	Descripción de Diagnóstico	2. ¿Cuándo inició o la causa básica de esta condición?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DEA MES AÑO</small>			
3. ¿Se trata de embarazo? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Inicio:				
4. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por ésta condición o alguna condición relacionada a esta? En caso afirmativo favor indicar detalles.						
5. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado.						
6. Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X que se necesitan.						
7. Favor detallar tratamiento u operación.						
8. ¿Se presentó alguna complicación? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, favor describirla.				
En caso de Accidente						
9. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continuo y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?						
Desde: <input type="text"/>		Hasta: <input type="text"/>				
10. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?						
Desde: <input type="text"/>		Hasta: <input type="text"/>				
Detalle de Honorarios (Para ser llenado si el asegurado no está dentro del plan o el médico no es proveedor de la red)						
Consulta: <input type="text"/> Tratamiento: <input type="text"/> Cirugía: <input type="text"/> Otros: <input type="text"/> TOTAL: <input type="text"/>						
APLICABLE SOLO A PROVEEDORES DE LA RED. Informe de servicios o procedimientos brindados:						
Fecha de Atención		Código CPT del Servicio	Nombre del Servicio o Procedimiento (Según Anódodo)	Tarifa Total por Servicio	Cobertura por el Asegurado	Cargo a pagar por Paciente
Desde	Hasta					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TOTALES						
LUGAR DE ATENCIÓN (Cotique una X)						
1. Consultorio Médico <input type="checkbox"/>		2. Paciente Hospitalizado <input type="checkbox"/>		3. Centro Ambulatorio <input type="checkbox"/>		
4. Laboratorio / Rayos X <input type="checkbox"/>		5. Sala de Urgencia <input type="checkbox"/>		6. Hogar del Paciente <input type="checkbox"/>		
Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.						
Firma del Médico o Proveedor y Cédula			Fecha: <input type="text"/> día / mes / año			
Nombre del Médico o Proveedor			Sello del Médico, Clínica u Hospital y Número de Registro Médico			
Confirma con Cheque a nombre de			Dirección		Teléfono	

La sección B de este formulario debe ser completado por el médico tratante y se debe completar (Marcado en amarillo):

- Descripción del diagnóstico
- Fecha de primeros síntomas
- Cuadro clínico
- Hallazgos físicos
- Tratamiento
- Firma del médico
- Fecha de la atención
- Sello del médico o centro médico.
- El formulario tiene una vigencia única de 6 meses desde la fecha de atención

Reciba el pago de sus reclamos directamente a su cuenta bancaria, más rápida y eficientemente, a través del sistema SINPE. Consulte a su asesor de póliza, intermediario de seguros o contactenos directamente al 25 08-3600.

La documentación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el (los) registro (s) número P14-26-AD6-155 de fecha 9 de noviembre del 2012, y los registros número P16-35-AD6-204 de fecha 4 de octubre de 2010 y P16-35-AD6-212 de fecha 9 de diciembre de 2010.

Facturas electrónicas.

Las facturas deben ser impresas, acorde a lo estipulado por ley. Una factura electrónica debe contener:

1. Número de identificación del contribuyente
2. El nombre del Tipo de documento: “Factura Electrónica” o “Tiquete Electrónico”
3. Numeración consecutiva. Tomar en consideración que la numeración debe contener 20 dígitos como mínimo en el caso de consecutivo electrónico y 50 dígitos en la clave numérica.
4. Fecha de emisión de la transacción o factura.
5. Condiciones de la venta Contado.
6. Facturas emitidas en Costa Rica debe ser redactadas en español y entregarlo electrónicamente al comprador. En el extranjero en Inglés y en caso ser otro idioma deberá ser traducida por traductor jurado.
7. Detalle de la mercancía o servicio prestado: cantidad, precio unitario, unidad de medida, código de producto, descripción del producto o del servicio y monto de la operación. En caso de honorarios médicos debe colocarse desglose por cada médico participante.
8. Descuentos concedidos, con la indicación de su naturaleza y montos.
9. Subtotal y valor total de la factura.
10. Conservar la versión digital de la factura debido a que podría ser requerida.
11. Debe contener la leyenda “Autorizada mediante resolución N° DGT-R-48-2016 del 7 de octubre de 2016” o “Autorizada mediante resolución DGT-02-09 del 9 de enero de 2009.”

Adicional a lo anterior, las facturas deberán venir desglosadas de acuerdo a costo y concepto por cada rubro facturado.

Referencias y Recetas médicas.

- Se debe adjuntar tanto referencias como recetas médicas siempre que el médico tratante refiera medicamentos o exámenes de diagnóstico.
- Puede adjuntarse una copia, sin embargo para el caso de medicamentos las recetas deben contener el sello de Despachado por parte de la farmacia.
- Deben incluir fecha de solicitud y nombre del paciente.
- La información de las pruebas, medicamentos o exámenes debe coincidir con la información suministrada por el médico en el formulario de reclamación
- La fecha de la factura, recetas u otro examen de diagnóstico no deberá exceder los 6 meses a la fecha de emisión.
- Los beneficios de Chequeo Médico o Ginecológico no cubren medicinas. Su reembolso debe ser tramitado por aparte con otro formulario y venir acompañado de la receta y factura electrónica correspondientes.

Resultados de exámenes de diagnóstico.

- Siempre que existan facturas de exámenes de diagnóstico, adicional a la referencia se debe adjuntar los resultados de las pruebas realizadas.
- En el caso de imágenes médicas será suficiente con el reporte, no es necesario adjuntar las imágenes.

Tratamientos Prolongados



Tratamientos prolongados.

- Los tratamientos prolongados o recurrentes, son aquellos en donde el asegurado debe consumir un medicamento por un periodo superior a 30 días.
- Para estos efectos, el asegurado deberá realizar las compras del tratamiento mes a mes.
- Deberá presentar una reclamación por cada factura de compra, por lo que deberá dejarse una copia de la parte B del formulario de reclamación, a esto le deberá adjuntar una nueva parte A del formulario en original, copia de la receta médica y la factura correspondiente al mes de compra.

Terapias Físicas



Terapias Físicas - Pago Directo.

Los asegurados tienen la opción de utilizar la red médica y aplicar el pago directo **sin preautorización** para el primer ciclo de terapias físicas prescritas por un médico general o especialista hasta un máximo de 10 sesiones (el ciclo dependerá de la cantidad de terapias físicas prescritas por el médico tratante), bajo un diagnóstico amparado por las condiciones de la póliza, según los siguientes pasos:

1. Ubicar su proveedor médico de preferencia en Paligmed.com y agendar su cita.
2. Presentar al momento de la primera atención:
 - a. Orden médica que indique diagnóstico, fecha de inicio de síntomas, historial clínico, que describa origen de la patología y en caso de estar relacionada con un trauma, deberá describir el mecanismo del trauma, fecha, firma, nombre completo, código del médico y la cantidad de terapias a realizar en el primer ciclo.
 - b. Cédula de identidad.
 - c. Carné de asegurado (opcional).
3. Cancelar el coaseguro al proveedor de acuerdo con las condiciones de póliza.
4. El asegurado deberá iniciar sus sesiones de terapia máximo 90 días posteriores a la fecha de la emisión de la referencia médica y finalizar el tratamiento máximo 60 días posteriores a la fecha de la primera terapia física.

Terapias Físicas - Pago Directo.

En caso de requerir un ciclo adicional de terapias físicas bajo un mismo diagnóstico, estas deben ser previamente autorizadas apegado al siguiente proceso:

1. Debe solicitar al terapeuta tratante un reporte de evolución del primer ciclo que indique el tratamiento detallado de cada una de las terapias físicas recibidas y la respuesta del paciente a la aplicación de dichas terapias.
2. Deberá acudir donde el médico especialista quién deberá completar el formulario de preautorización y adicional deberá emitir un reporte médico indicando la falla terapéutica del primer ciclo o la necesidad del nuevo ciclo de las terapias físicas (No se aceptarán solicitudes de médicos generales).
3. El médico especialista deberá completar la nueva referencia médica con la cantidad de terapias físicas a realizar en el siguiente ciclo, que deberá indicar: diagnóstico, fecha de inicio de síntomas, historial clínico, que describa origen de la patología y en caso de estar relacionada con un trauma, deberá describir el mecanismo del trauma, fecha, firma, nombre completo, código del médico
4. La nueva documentación deberá ser enviada a través del [Formulario de Reembolsos / Autorizaciones](#).

En los siguientes 2 días hábiles recibirá la respuesta a la solicitud enviada. En caso de aprobación podrá iniciar el nuevo ciclo de terapias.

Terapias Físicas - Pago por Reembolso.

En aquellos casos en que el asegurado desee tratarse con un fisioterapeuta que no forme parte de la red de proveedores podrá efectuar su primer ciclo de terapias físicas sin necesidad de preautorizar, siempre y cuándo se encuentren referidas por un médico general o especialista hasta un máximo de 10 sesiones (el ciclo dependerá de la cantidad de terapias físicas prescritas por el médico tratante), bajo un diagnóstico amparado por las condiciones de la póliza. El asegurado deberá cancelar el 100% del costo de las sesiones recibidas y tramitarlo por reembolso según los siguientes pasos:

1. Completar el formulario de reclamación en la parte A por el asegurado y parte B del médico tratante ya sea general o especialista (No puede ser completado por el fisioterapeuta).
2. A este formulario se le deberá adjuntar:
 - a. Orden médica que indique diagnóstico, fecha de inicio de síntomas, historial clínico, que describa origen de la patología y en caso de estar relacionada con un trauma, deberá describir el mecanismo del trauma, fecha, firma, nombre completo, código del médico la cantidad de terapias a realizar en el primer ciclo.
 - b. Factura electrónica: Deberá ser una única factura con el ciclo completo de las terapias físicas recibidas y desglosado de cada sesión (costo y concepto).
3. La documentación anterior deberá ser canalizada a través de su corredor de seguros.
4. El asegurado deberá iniciar sus sesiones de terapia máximo 90 días posteriores a la fecha de la emisión de la referencia médica y finalizar el tratamiento máximo 60 días posteriores a la fecha de la primera terapia.

Terapias Físicas - Pago por reembolso.

En caso de requerir un ciclo adicional de terapias físicas bajo un mismo diagnóstico, estas deben ser previamente autorizadas apegado al siguiente proceso:

1. Debe solicitar al terapeuta tratante un reporte de evolución del primer ciclo que indique el tratamiento detallado de cada una de las terapias físicas recibidas y la respuesta del paciente a la aplicación de dichas terapias.
2. Deberá acudir donde el médico especialista quién deberá completar el formulario de preautorización y adicional deberá emitir un reporte médico indicando la falla terapéutica del primer ciclo o la necesidad del nuevo ciclo de las terapias físicas (No se aceptarán solicitudes de médicos generales).
3. El médico especialista deberá completar la nueva referencia médica con la cantidad de terapias físicas a realizar en el siguiente ciclo, que deberá indicar: diagnóstico, fecha de inicio de síntomas, historial clínico, que describa origen de la patología y en caso de estar relacionada con un trauma, deberá describir el mecanismo del trauma, fecha, firma, nombre completo, código del médico
4. La nueva documentación deberá ser enviada a través del [Formulario de Reembolsos / Autorizaciones](#).

En los siguientes 2 días hábiles recibirá la respuesta a la solicitud enviada. En caso de aprobación podrá iniciar el nuevo ciclo de terapias.


Procedimiento de Autorización



Autorizaciones.

- El proceso de autorización se debe realizar siempre y cuando el procedimiento o examen supere el monto \$500.
 - El médico tratante deberá completar el Formulario Solicitud de Pre-Autorización, detallando la información completa y precisa que justifique la necesidad del tratamiento, procedimiento o cirugía recomendada.
 - Se debe adjuntar los resultados de los exámenes médicos realizados que justifiquen el diagnóstico, tales como Rayos X, Biopsias, laboratorios entre otros
 - Adicionalmente se debe presentar el desglose de la cotización de los gastos a realizar tales como honorarios del médico tratante, asistente y anestesiólogo, así como la cotización de gastos de hospital.
 - Toda la información debe ser enviada a través del [Formulario de Reembolsos / Autorizaciones](#). Es importante realizar la autorización al menos con 5 días de antelación, esto ya que el departamento correspondiente puede solicitar algún tipo de aclaración o bien una segunda valoración si lo consideran necesario.
 - Una vez sea analizado el caso, se enviará la respuesta mediante correo electrónico con la autorización médica.
- Recibida la autorización con los montos aprobados, el asegurado puede iniciar el tratamiento.

Formulario de Pre Autorización.

 PÓLIZA COLECTIVA DE SALUD <input type="checkbox"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES		
Escarzi, Plaza Roble Edificio Los Balcones A, 3er piso		
SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE BENEFICIO		
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA <input type="checkbox"/> INTERCONSULTA HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> EXTENSIÓN HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> PRE-CENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> EXÁMENES ESPECIALES <input type="checkbox"/> OTROS		
CONFIRMACIÓN SERA DEVUELTA EN UN PERÍODO DE 48 HORAS		
FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE.		
Nombre del Asegurado:	Nº de Cédula:	
Lugar de Trabajo:	Nº de Póliza:	Nº de Certificado:
Teléfono:	Oficina:	Residencia:
Nombre del Paciente:	Nº de Cédula:	
Parentesco:	Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Autorizo a cualquier médico, enfermera, proveedores, intermediarios de seguros y otras Compañías de Seguros que posean información con respecto al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance of Costa Rica, S.A. Igualmente, autorizo a Pan-American Life Insurance of Costa Rica, S.A. y a cualquier persona que tenga la calidad de corredor de seguro o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.		
FIRMA DEL PACIENTE/ASEGURADO:	FECHA:	
SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR MÉDICO Y/O HOSPITAL		
FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE.		
Diagnóstico de Padecimiento Actual:	Código de Diagnóstico ICD-9	Fecha de Primeros Síntomas:
Breve Historia de Condición del Paciente:	Resultados de Laboratorios y Otros Exámenes Efectuados: (Adjuntar con Soñisrad)	
	Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse: Código CTP / Nombre	
HONORARIOS MEDICOS:	Ambulatorio: <input type="checkbox"/> Hospitalización: <input type="checkbox"/> Electriva: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Hospital o Clínica:
	Días de Reclusión Requeridos:	Fecha Sugerida de Ingreso: Día Mes Año
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE:	FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL:	
Fecha:	Fecha:	

Sección a completar por el asegurado

Sección a completar por el médico

En caso de dudas para completar este formulario, por favor contactarnos • Teléfono: 2505-3600 • Fax: 2201-6035 • Correo Electrónico: autorizacionescr@palig.com

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 bajo el (los) registro (s) número P14-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012, y

PALIG DIRECT



PALIG DIRECT.

- Pan American Life cuenta con un sitio web de auto consulta llamado **Benefits Direct**, en el cual es posible consultar coberturas, deducibles, beneficiarios, también dar seguimiento a reclamos tramitados así como consultar los detalles de liquidación.
- El acceso a este portal debe ser solicitado mediante correo electrónico a usuariobenefitscr@palig.com indicando nombre completo, número de póliza y certificado.
- En los siguientes 2-3 días hábiles deberá recibir un correo para finalizar el proceso de registro, donde deberá ingresar su número de póliza, certificado y fecha de nacimiento y deberá crear una contraseña. Este correo tiene una vigencia de 48 horas, en caso de no ser confirmado posterior a ese tiempo caduca y se debe solicitar nuevamente el acceso.
- Una vez que se cuenta con el usuario se puede acceder al sitio mediante la dirección www.PaligDirect.com Ingresando su correo electrónico y contraseña.

Acceso al Portal.

- En la pantalla principal podrá encontrar: información general, dependientes activos, coberturas, suma asegurada entre otros.

▼ Información General del Asegurado

Luis Ramírez
Le presentamos los productos que tiene contratado con la entidad Pan-American Life Insurance, S.A.

Nombre de asegurado: [Buscar Pólizas](#)

▼ Información General

Para brindarle la información de la póliza debe de seleccionarla del listado de Mis Pólizas.

Nº. de Póliza:	1475	Nombre:	JUAN PEREZ PERZ
Certificado:	111	Identificación:	10812558
Tipo de enrolamiento:	Asegurado Solamente	Fecha Efectiva:	01/02/2011
Plan:	MEDICO PLAN RED	Contratado:	

[Más Información](#)

Notas o Comentarios:
RED PREFERENTE LABORATORIOS LAB LABINLAB CLINICO SAN JOSE, LAB ECHANDLAL PAEZ, CENTRO MEDICO SAN JOAQUIN Y CENTRO DIAGNOSTICO VILLALOBOS SOLERA AL 80%-20%, EN OTROS LABORATORIOS AL 60%-40%.

Certificado Póliza

Documento: →

▼ Información del Seguro Médico

El Seguro Médico te Protegerá de Gastos Imprevistos debido a una enfermedad o accidente.

▼ Información del Seguro de Vida

Información para la planificación de vida le ayudarán a ponerse al tanto de todo, desde los conceptos básicos hasta las opciones de planificación avanzadas.

Suma Asegurada

Suma Asegurada Básica:

Descarga Coberturas en PDF exclusivo para el asegurado, según plan y clase

Búsqueda de trámites de reembolso.

- Adicionalmente, puede dar seguimiento a los reclamos presentados, realizando la búsqueda por nombre, póliza o rango de fechas:

The screenshot shows the 'Detalle de Reclamos' interface. At the top right, there is a blue button labeled 'Reclamos Médicos' and a sub-button 'Detalle de Reclamos'. Below this, the 'Detalle de Reclamos' section is visible, showing the name 'Luis Ramirez' and a description: 'Información más detallada sobre los reclamos médicos realizados.' Below this is a search filter section titled 'Filtro de búsqueda:' with a 'Buscar Por:' dropdown menu. A blue box highlights the dropdown menu with the text 'Seleccionar el criterio de búsqueda'. The dropdown menu is open, showing options: 'Elegir Una Opción', 'Póliza', 'Nombre o Apellido', 'Número de Reclamo', 'Rango de Fechas', and 'Por Fecha'. Below the dropdown are 'Buscar' and 'Limpiar' buttons. Below the search filter section, there is another 'Filtro de búsqueda:' section with several dropdown menus: 'Número de Reclamo', 'No. de Reclamo', 'Tipo de Pagos', 'Tipo de Ajuste', and 'Estado'. A blue box highlights this section with the text 'Ejemplo de búsqueda por número de reclamo. La búsqueda se realiza con el número físico (número de formulario)'. Below the filters is a table with columns: 'Formulario', 'Nombre de Cia.', 'Reclamante', 'Póliza', 'Moneda', 'Monto de Gasto', 'Monto de Pago', 'Factura', 'Último Mod.', and 'Descripción'. The table contains one row with the following data: '1234567', 'Compañía', 'Pedro', '1111', 'COLONES', '24210.00', '15268.00', '29/05/2017', and 'procesada y aprobada'. A blue arrow points from the search filter section to the first row of the table, with the text 'Al buscar se obtiene un resultado similar al mostrado, para obtener mas detalles deben seleccionar la lupa'.

Reclamos Médicos -
Detalle de Reclamos

▼ Detalle de Reclamos
Luis Ramirez
Información más detallada sobre los reclamos médicos realizados.

Filtro de búsqueda:
Buscar Por: [Elegir Una Opción]
Póliza
Nombre o Apellido
Número de Reclamo
Rango de Fechas
Por Fecha

Buscar Limpiar

Seleccionar el criterio de búsqueda

Filtro de búsqueda:
Buscar Por: [Número de Reclamo]
No. de Reclamo: []
Tipo de Pagos: [Asegurados]
Tipo de Ajuste: [Todos]
Estado: [Todos]

Buscar Limpiar

Ejemplo de búsqueda por número de reclamo. La búsqueda se realiza con el número físico (número de formulario)

Formulario	Nombre de Cia.	Reclamante	Póliza	Moneda	Monto de Gasto	Monto de Pago	Factura	Último Mod.	Descripción
1234567	Compañía	Pedro	1111	COLONES	24210.00	15268.00	29/05/2017		procesada y aprobada

Al buscar se obtiene un resultado similar al mostrado, para obtener mas detalles deben seleccionar la lupa

Red Médica PALIGMED



PALIGMED.

- Panamerican Life cuenta con una extensa red de proveedores, disponible en www.paligmed.com

PALIGMED BIENESTAR Y CUIDADO DE SALUD INTEGRAL

Salud ▾ Atención Médica Internacional Encuentra un Médico Contáctenos English 🔍 Ingresar

Encuentra un médico

Localiza el proveedor médico que mejor se adapte a tus necesidades.

Buscar

Búsqueda de proveedores.

- Una vez en el portal se debe dar Click en Buscar.
- Se selecciona el país así como la red médica (Paligmed).
- Los filtros por provincia y cantón son opcionales.
- En un último filtro se debe elegir el tipo de proveedor que se ajusta a su necesidad.

Selecciona Tipo de Proveedor

Selecciona Tipo de Proveedor

CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA

CENTRO MEDICO

HOSPITALES Y CLINICAS

IMAGENOLOGIA

LABORATORIOS

MEDICOS

OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Resultados.

Resultados de búsqueda para:

COSTA RICA / PALIGMED / Selecciona estado/región / Selecciona una ciudad

Modificar búsqueda

COSTA RICA ↕

PALIGMED ↕

Selecciona un estado ↕

Selecciona Ciudad ↕

MEDICOS ↕

Nombre del proveedor

Selecciona Tipo de Es ↕

Servicios/ Procedimie ↕

Buscar



ANDRES ANGULO GARCIA

MEDICOS

HOSPITAL METROPOLITANO
SAN JOSE TORRE MEDICA
PISO 2, SAN JOSE, SAN JOSE,
COSTA R...





ANDRES ANGULO GARCIA

MEDICOS

HOSPITAL METROPOLITANO
LINDORA, LINDORA, SAN
JOSE, COSTA RICA





ARIEL RIVERA AGUERRI

MEDICOS

HOSPITAL CIMA SAN JOSE
TORRE 1 PISO 3
CONSULTORIO 3, ESCAZU,
SAN JOSE, COSTA RIC...









Una vez muestre los resultados, podrá elegir algunos filtros adicionales.

Esto se realiza en la barra izquierda donde podrá buscar por nombre, especialidad o procedimiento.

Al seleccionar un proveedor podrá visualizar información como ubicación, número telefónico y enlace para la dirección mediante google maps.

Trámite de consultas



Trámite de consultas.

- Le recordamos que ante cualquier consulta siempre puede comunicarse con nosotros:
 - **Línea telefónica:** 2228-2047 (lunes a jueves de 8:00am a 5:00pm, viernes de 8:00am a 4:00pm)
 - **WA Business:** [6150-2886](tel:6150-2886)
 - **Correo electrónico:** contacto@sabatertrenard.com

- También puede comunicarse directamente con **Pan American Life Insurance:**
 - **Línea telefónica y de emergencia:**
2204-6300 opción 1 (de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm)