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

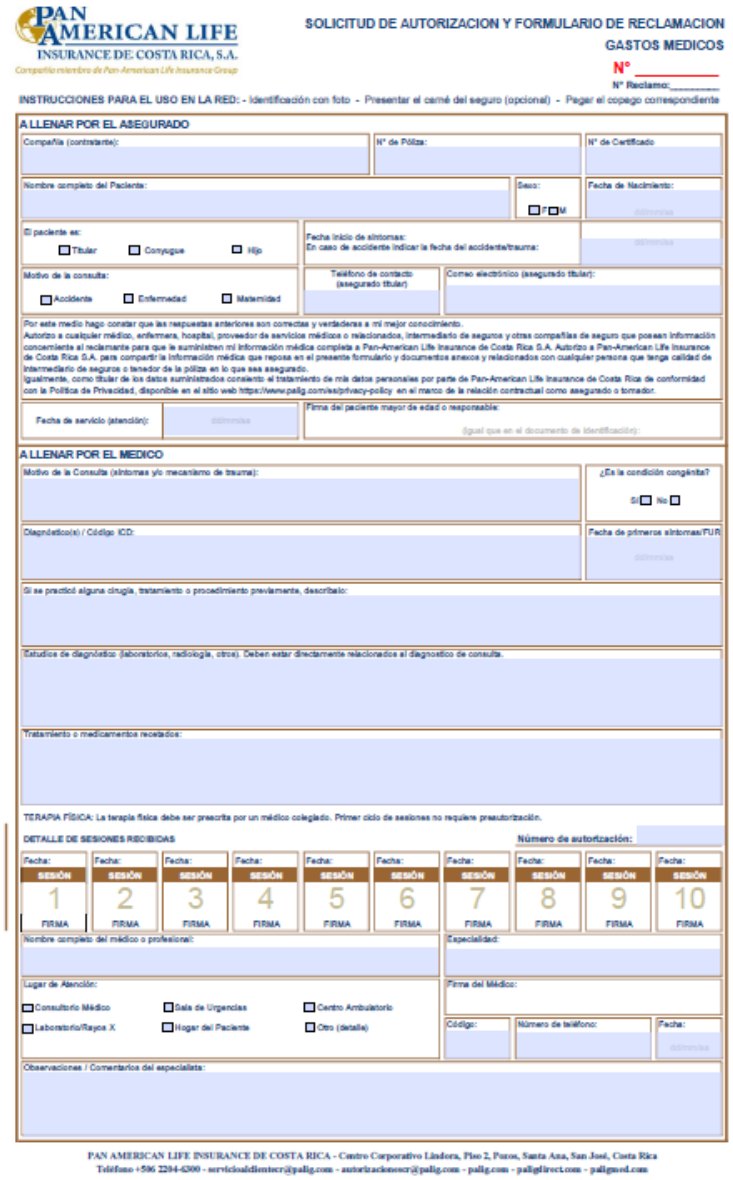
Reembolsos

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

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

- Formulario de Reclamación. (Hoja 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.



PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

SOLICITUD DE AUTORIZACION Y FORMULARIO DE RECLAMACION

GASTOS MEDICOS

N° _____

N° Reclamo:_____

INSTRUCCIONES PARA EL USO EN LA RED: - Identificación con foto - Presentar el carné del seguro (opcional) - Pegar el copago correspondiente

A LLENAR POR EL ASEGURADO

Compañía (contratante): | N° de Póliza: | N° de Certificado

Nombre completo del Paciente: | Sexo: ☐ F ☐ M | Fecha de Nacimiento: ddmmaa

El paciente es: ☐ Titular ☐ Conyugue ☐ Hijo | Fecha inicio de síntomas: En caso de accidente indicar la fecha del accidente/trauma: ddmmaa

Motivo de la consulta: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Maternidad | Teléfono de contacto (asegurado titular) | Correo electrónico (asegurado titular):

Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento.
Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedor de servicios médicos o relacionados, intermediario de seguros y otras compañías de seguro que posean información concerniente al reclamante para que le suministren mi información médica completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. Autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. para compartir la información médica que reposa en el presente formulario y documentos anexos y relacionados con cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de la póliza en lo que sea asegurado.
Igualmente, como titular de los datos suministrados consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de Pan-American Life Insurance de Costa Rica de conformidad con la Política de Privacidad, disponible en el sitio web https://www.pallg.com/es/privacy-policy en el marco de la relación contractual como asegurado o tomador.

Fecha de servicio (atención): ddmmaa | Firma del paciente mayor de edad o responsable: (igual que en el documento de identificación):

A LLENAR POR EL MEDICO

Motivo de la Consulta (síntomas y/o mecanismo de trauma): | ¿Es la condición congénita? Si ☐ No ☐

Diagnóstico(s) / Código ICD: | Fecha de primeros síntomas/TUR ddmmaa

Si se practicó alguna cirugía, tratamiento o procedimiento previamente, describalo:

Estudios de diagnóstico (laboratorios, radiología, otros). Deben estar directamente relacionados al diagnostico de consulta.

Tratamiento o medicamentos recetados:

TERAPIA FÍSICA: La terapia física debe ser prescrita por un médico colegiado. Primer ciclo de sesiones no requiere preautorización.

DETALLE DE SESIONES RECIBIDAS | Número de autorización:

Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4	SESIÓN 5	SESIÓN 6	SESIÓN 7	SESIÓN 8	SESIÓN 9	SESIÓN 10
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

Nombre completo del médico o profesional: | Especialidad:

Lugar de Atención: ☐ Consultorio Médico ☐ Sala de Urgencias ☐ Centro Ambulatorio ☐ Laboratorio/Rayos X ☐ Hogar del Paciente ☐ Otro (detalle)

Firma del Médico:

Código: | Número de teléfono: | Fecha: ddmmaa

Observaciones / Comentarios del especialista:

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA - Centro Corporativo Lindora, Piso 2, Pozos, Santa Ana, San José, Costa Rica
Teléfono +506 2204-6300 - servicioalclientecr@pallg.com - autorizacionescr@pallg.com - pallg.com - pallgdirect.com - pallgmed.com

Formulario de Reclamación

Este nuevo formulario contempla en una sola página toda la información requerida para procesar tanto reembolsos como autorizaciones.
Se debe llenar en todas sus partes y ser firmado tanto por el paciente como por el médico tratante.

- El formulario tiene una vigencia única de 6 meses desde la fecha de atención

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

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 Ingles 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.

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

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.

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

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.

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

Terapias Físicas

Terapias Físicas - Pago Directo.

Los asegurados tienen la opción de utilizar la red de proveedores PALIGMED y aplicar el pago directo **sin pre-autorización para el primer ciclo de terapias físicas** prescritas por un médico general o especialista, bajo un diagnóstico amparado por las condiciones de la póliza y hasta un máximo de 10 sesiones dentro de los primeros noventa días tras efectuado el diagnóstico (el ciclo dependerá de la cantidad de terapias físicas prescritas por el médico tratante), 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 el 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. PALIG podrá solicitar información adicional en caso de ser necesario para el análisis.
   b. Cédula de identidad.
   c. Carné de asegurado, físico o digital (opcional).

3. Cancelar el coaseguro al proveedor de acuerdo con las condiciones de póliza.

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

Terapias Físicas - Pago Directo.

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.

5. **Aquellas terapias no relacionadas con diagnósticos y/o padecimientos músculo-esqueléticos tales como terapias de lenguaje, terapias ocupacionales, terapias respiratorias, terapias de suelo pélvico, terapias de rehabilitación cardiovascular, terapias de cámara hiperbárica, entre otras, están sujetas a pre-autorización desde su primer ciclo. Esta actualización será vigente a partir del 15 de Julio del 2024.**

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

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 al médico especialista, quién deberá completar el formulario de pre-autorización, 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 través del Formulario de Reembolsos / Autorizaciones
5. Se deberá indicar el nombre del proveedor elegido.

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

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

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 pre-autorizar, siempre y cuándo se encuentren referidas por un médico general o especialista, bajo un diagnóstico amparado por las condiciones de la póliza y hasta un máximo de 10 sesiones (el ciclo dependerá de la cantidad de terapias físicas prescritas por el médico tratante). 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 y la cantidad de terapias a realizar en el primer ciclo. PALIG podrá solicitar información adicional en caso de ser necesario para el análisis.
   b. Factura electrónica: Deberá ser una única factura con el ciclo completo y/o basados en sus condiciones de póliza, de las terapias físicas recibidas y desglosado de cada sesión (costo y concepto). No se pagan facturas por servicios que no han sido recibidos al momento de ser presentada la factura.

Terapias Físicas - Pago por Reembolso.

3. La documentación anterior deberá ser enviada través del Formulario de Reembolsos / Autorizaciones.
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.
5. **Aquellas terapias no relacionadas con diagnósticos y/o padecimientos músculo-esqueléticos tales como terapias de lenguaje, terapias ocupacionales, terapias respiratorias, terapias de suelo pélvico, terapias de rehabilitación cardiovascular, terapias de cámara hiperbárica, entre otras, están sujetas a pre-autorización desde su primer ciclo. Esta actualización será vigente a partir del 15 de Julio del 2024.**

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.

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

Procedimiento de Autorización

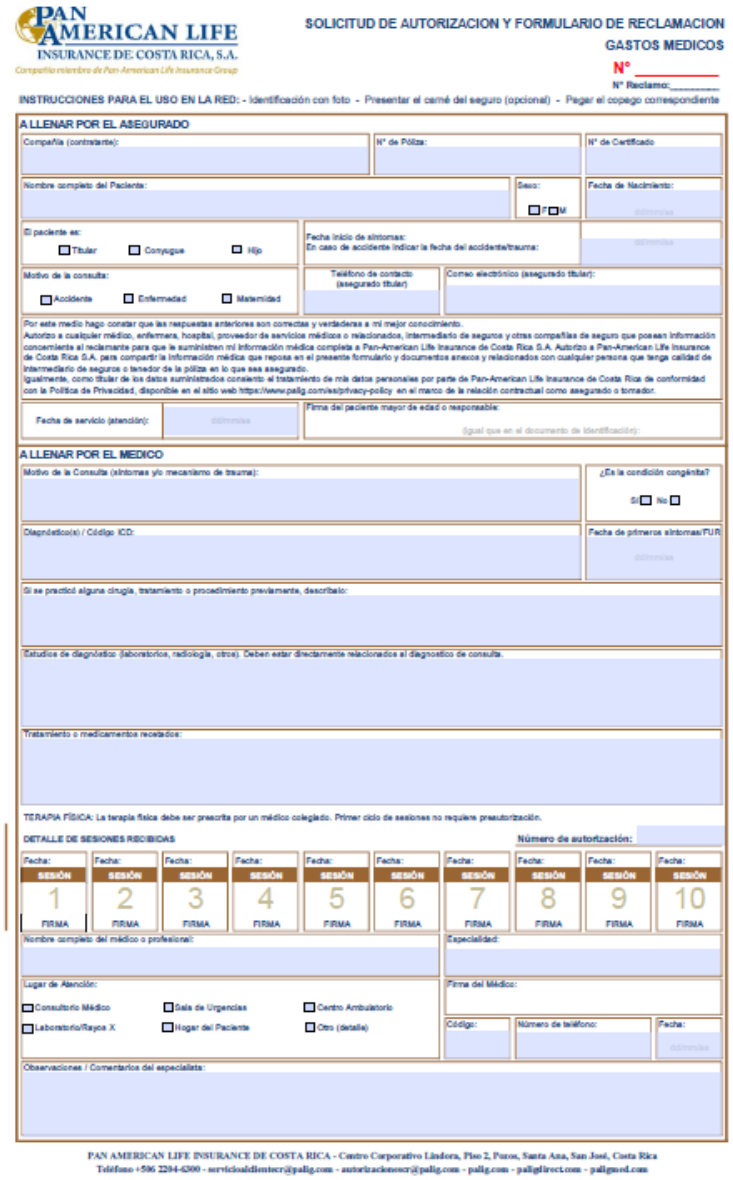
Autorizaciones.

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

- 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 diagnostico, 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 lo montos aprobados, el asegurado puede iniciar el tratamiento.



PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.

SOLICITUD DE AUTORIZACION Y FORMULARIO DE RECLAMACION
GASTOS MEDICOS
N° _____
N° Reclamo:_____

INSTRUCCIONES PARA EL USO EN LA RED: - Identificación con foto - Presentar el carné del seguro (opcional) - Pegar el copego correspondiente

A LLENAR POR EL ASEGURADO

Compañía (contratante): | N° de Póliza: | N° de Certificado
Nombre completo del Paciente: | Sexo: F M | Fecha de Nacimiento: ddmmaa
El paciente es: Titular Conyugue Hijo | Fecha inicio de síntomas: En caso de accidente indicar la fecha del accidente/trauma: ddmmaa
Motivo de la consulta: Accidente Enfermedad Maternidad | Teléfono de contacto (asegurado titular) | Correo electrónico (asegurado titular):

Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento.
Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedor de servicios médicos o relacionados, intermediario de seguros y otras compañías de seguro que posean información concerniente al reclamante para que le suministren mi información médica completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. Autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. para compartir la información médica que reposa en el presente formulario y documentos anexos y relacionados con cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de la póliza en lo que sea asegurado.
Igualmente, como titular de los datos suministrados consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de Pan-American Life Insurance de Costa Rica de conformidad con la Política de Privacidad, disponible en el sitio web https://www.pallg.com/es/privacy-policy en el marco de la relación contractual como asegurado o tomador.

Fecha de servicio (atención): ddmmaa | Firma del paciente mayor de edad o responsable: (igual que en el documento de identificación):

A LLENAR POR EL MEDICO

Motivo de la Consulta (síntomas y/o mecanismo de trauma): | ¿Es la condición congénita? Si No
Diagnóstico(s) / Código ICD: | Fecha de primeros síntomas/TUR ddmmaa
Si se practicó alguna cirugía, tratamiento o procedimiento previamente, describalo:
Estudios de diagnóstico (laboratorios, radiología, otros). Deben estar directamente relacionados al diagnóstico de consulta.
Tratamiento o medicamentos recetados:

TERAPIA FÍSICA: La terapia física debe ser prescrita por un médico colegiado. Primer ciclo de sesiones no requiere preautorización.

DETALLE DE SESIONES RECIBIDAS | Número de autorización:

Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4	SESIÓN 5	SESIÓN 6	SESIÓN 7	SESIÓN 8	SESIÓN 9	SESIÓN 10
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

Nombre completo del médico o profesional: | Especialidad:
Lugar de Atención: Consultorio Médico, Sala de Urgencias, Centro Ambulatorio, Laboratorio/Rayos X, Hogar del Paciente, Otro (detalle) | Firma del Médico: | Código: | Número de teléfono: | Fecha: ddmmaa
Observaciones / Comentarios del especialista:

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA - Centro Corporativo Lindora, Piso 2, Pozos, Santa Ana, San José, Costa Rica
Teléfono +506 2204-6300 - servicioalclientecr@pallg.com - autorizacionescr@pallg.com - pallg.com - pallgdirect.com - pallgmed.com

Formulario de Autorización

Este nuevo formulario contempla en una sola página toda la información requerida para procesar tanto reembolsos como autorizaciones.
Se debe llenar en todas sus partes y ser firmado tanto por el paciente como por el médico tratante.

- El formulario tiene una vigencia única de 6 meses desde la fecha de atención

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes

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.

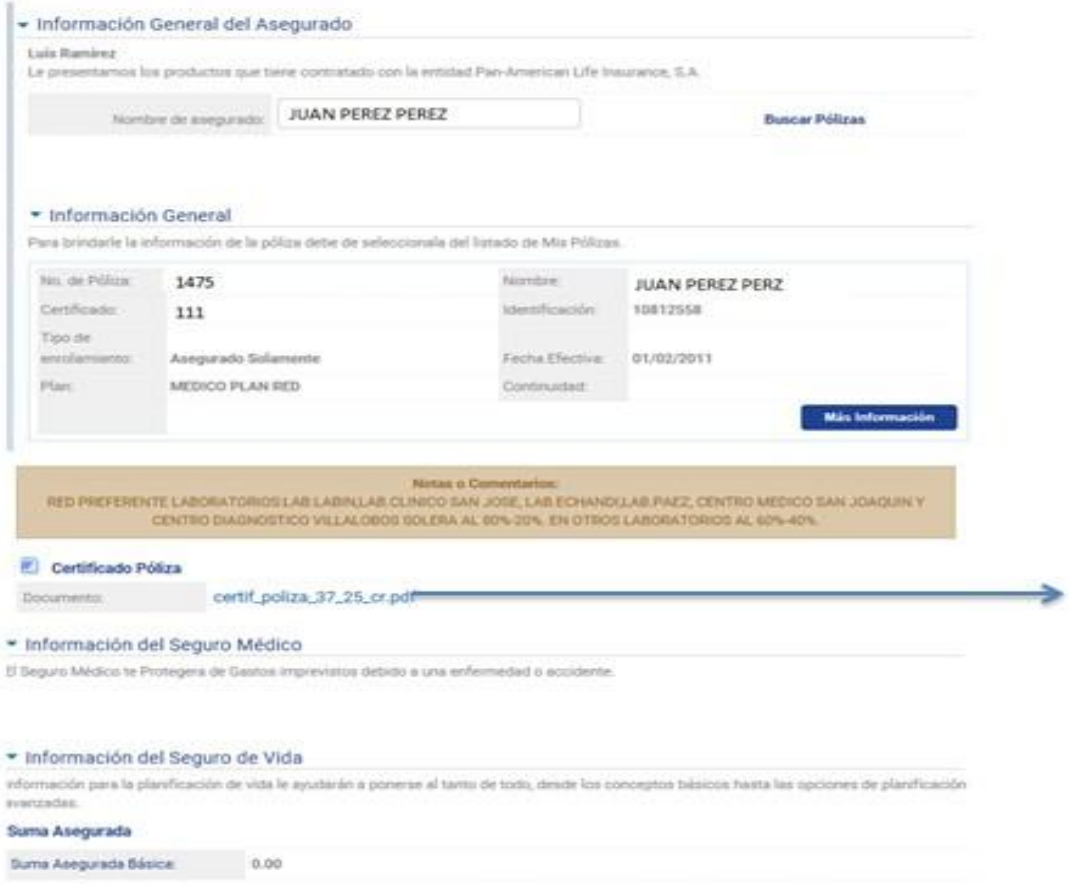
- El acceso a este portal debe ser solicitado mediante correo electrónico a usuariobenefitscr@palig.com indicando nombre completo, número de póliza y certificado.

- 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.

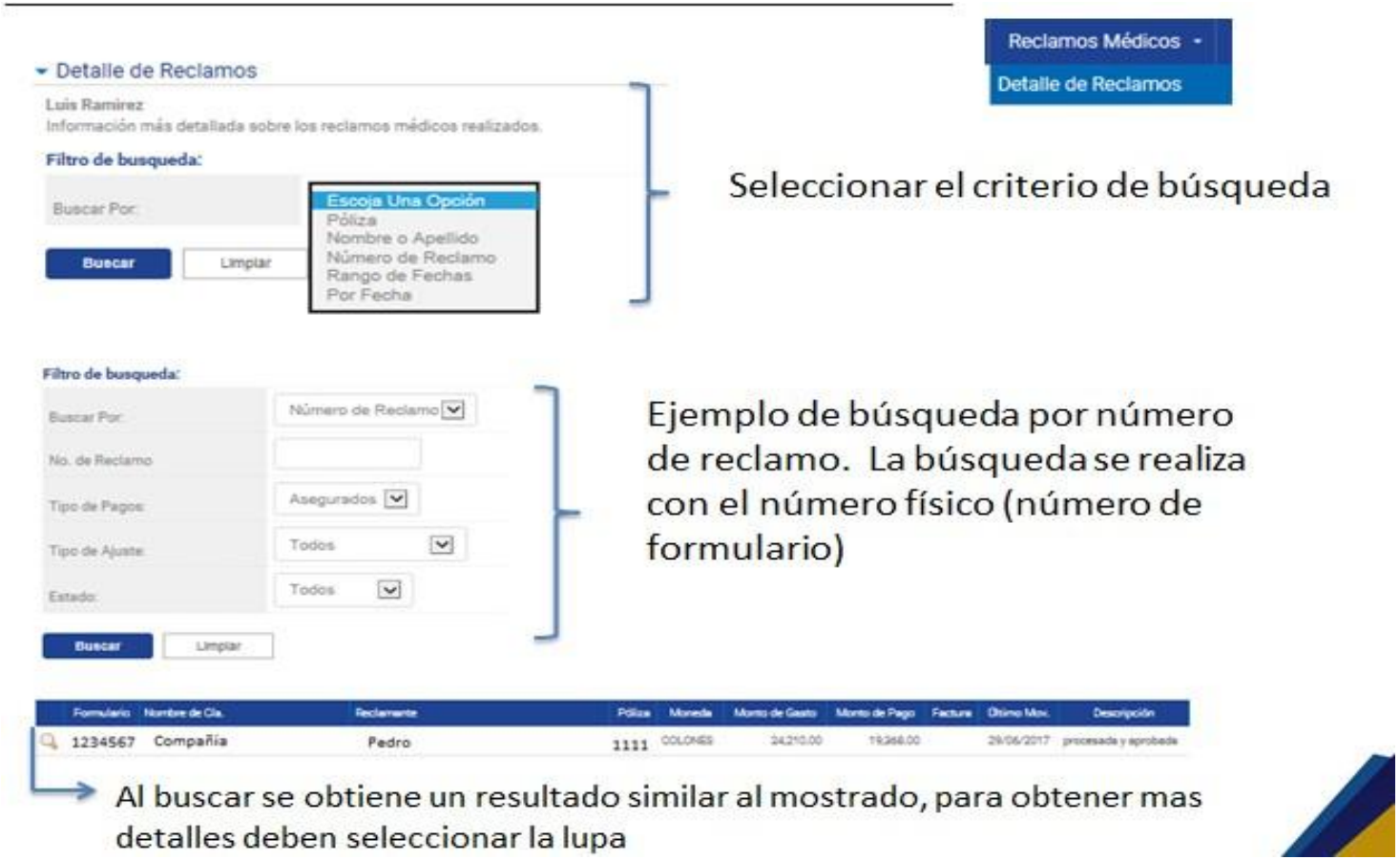
- En la pantalla principal podrá encontrar: información general, dependientes activos, coberturas, suma asegurada entre otros.



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:



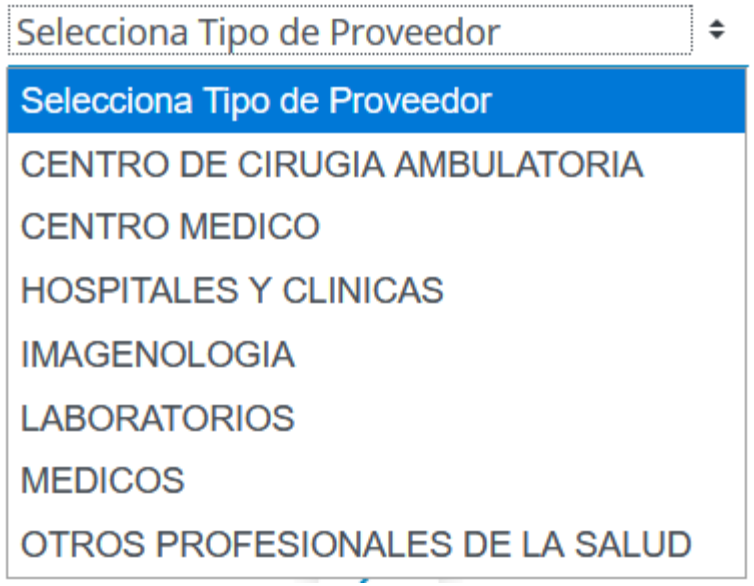
Red Médica PALIGMED

PALIGMED.

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

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.



Resultados.

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.

Para comunicarse con nosotros:

Lun-Jue: 8:00 a 17:00 - Viernes: 8:00 a 16:00

- Línea telefónica: 4070-2005
- WA Business: 6150-2886
- Correo electrónico: contacto@sabatertrenard.com

Servicio al Cliente y Emergencias: +506 2204-6300
(Pan American Life Insurance)

Descarga de Formularios: sabatertrenard.com/clientes