COMPAÑÍA DE SEGUROS PANAMERICANA S.A.
Confianza toda la vida. People you can trust for life.

FORMULARIO PARA COMPRA DE MEDICAMENTO EN FARMACIAS DE LA RED DE PROVEEDORES

Solicitar autorización a la dirección servicioalclientegt@panamericanlife.com o al fax 2338-9898

Fecha: Día___Mes ___Año 200 ___ Inicio de Incapacidad: Día___Mes ___Año 200 ___

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre de la Empresa: _____

Póliza: _____ Certificado: _____

Diagnósticos: _____

1 Nombre del Medicamento: _____

Dosis: _____ Cada _____

Durante: Días _____ Semanas _____ Meses _____ Indefinido _____

Observaciones: _____

_____ Precio: Q _____

Para tratamientos prolongados solamente se despachará medicamento para un mes máximo.

2 Nombre del Medicamento: _____

Dosis: _____ Cada _____

Durante: Días _____ Semanas _____ Meses _____ Indefinido _____

Observaciones: _____

_____ Precio: Q _____

Para tratamientos prolongados solamente se despachara medicamento para un mes máximo.

3 Nombre del Medicamento: _____

Dosis: _____ Cada _____

Durante: Días _____ Semanas _____ Meses _____ Indefinido _____

Observaciones: _____

_____ Precio: Q _____

Para tratamientos prolongados solamente se despachará medicamento para un mes máximo.

4 Nombre del Medicamento: _____

Dosis: _____ Cada _____

Durante: Días _____ Semanas _____ Meses _____ Indefinido _____

Observaciones: _____

_____ Precio: Q _____

Para tratamientos prolongados solamente se despachará medicamento para un mes máximo.

Nombre del Médico Tratante: _____

Colegiado No. _____

_____

Firma y Sello

AUTORIZACION DE SEGUROS PANAMERICANA

Fecha: Día___Mes ___Año 200 ___ Autorización No. _____ Denegada: _____

Observaciones: _____

_____

_____

Firma y Sello

SECCION DEBE SER COMPLETADA POR LA FARMACIA

No. de Factura: _____

Valor total de la Factura: Q _____ Firma y Sello: _____

(-) Descuento: Q _____

(-) Co-pago: Q _____ Lugar y Fecha: _____

Total a Pagar: Q _____

No. de fax o dirección electrónica a la que se debe re-enviar la autorización: _____