



PAN  AMERICAN  
— *Private Client* —

# LISTA DE REQUERIMIENTOS

 **PAN AMERICAN MÉXICO**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V.  
*Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group*



# CONTENIDO

**Ofrecer un servicio de excelencia es esencial para el equipo de Pan-American México.**

*Para recibir un tiempo de respuesta rápido es importante que prepare toda la información necesaria antes de presentar un reclamo.*

*A continuación se listan los requerimientos para:*

- 1** *Maternidad*
- 2** *Ingreso hospitalario*
- 3** *Pre-autorizaciones de cirugías programadas*
- 4** *Urgencias*
- 5** *Pago directo a proveedores*
- 6** *Reembolso*



*En caso de tener alguna duda, por favor, comuníquese con nuestro equipo. La información de contacto se encuentra en la última página de este documento.*



**MATERNIDAD SIN COMPLICACIONES:**

- Nombre y apellidos del asegurado
- Fecha de nacimiento
- Antecedentes personales patológicos y no patológicos (referirlos aunque no se relacionen al padecimiento)
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Fecha de última menstruación
- Diagnóstico con semanas de gestación y evolución
- Nombre del médico tratante, cédula, especialidad y datos de contacto
- Firma del médico que elabora el informe

**OPCIONAL:**

- Reporte del último ultrasonido realizado

**MATERNIDAD CON COMPLICACIONES:**

- Nombre y apellidos del asegurado
- Fecha de nacimiento
- Antecedentes personales patológicos y no patológicos (referirlos aunque no se relacionen al padecimiento)
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Fecha de última menstruación
- Diagnóstico con semanas de gestación y evolución
- Nombre del médico tratante, cédula, especialidad y datos de contacto
- Firma del médico que elabora el informe
- Especificar si el embarazo ha sido espontáneo o producto de algún método de fecundación asistida



La información deberá enviarse al  
e-mail: [mesadecontrol@palig.com](mailto:mesadecontrol@palig.com)



## REQUERIDO:

Su informe médico debe incluir la siguiente información:

- Nombre del asegurado
- Número de póliza
- Nombre del hospital (proveer número de habitación, si ya está disponible)
- Fecha de ingreso
- Hora de ingreso
- Nombre del médico y datos de contacto
- Diagnóstico de ingreso



*La información médica y los desgloses de gasto hospitalario deberán enviarse a: [reclamosmex@palig.com](mailto:reclamosmex@palig.com) y [serviciomex@palig.com](mailto:serviciomex@palig.com) con el asunto: REPORTE DE INGRESO HOSPITALARIO*



**REQUERIDO:**

- Formulario de reclamo: completado y firmado por el asegurado titular y el asegurado afectado
- Informe(s) médico(s) del médico tratante e interconsultores: completado por el o los médicos que atendieron al paciente (ES MUY IMPORTANTE QUE SE INCLUYAN LOS DATOS DE CONTACTO DEL MÉDICO, EL HOSPITAL Y EL TIEMPO ESTIMADO DE ESTANCIA)
- Presupuesto de honorarios del equipo médico (ejemplo: cirujano, anesestesiólogo, ayudante, entre otros): Debe incluir montos y nombres de los médicos (puede ser enviado en una receta o incluirlo al final del informe médico)
- Copias de la interpretación de los estudios que corroboran el o los diagnósticos (ejemplo: pruebas clínicas, estudios radiológicos, entre otros): En caso de no contar con ellos, deberán enviar las placas originales, las cuales le serán devueltas una vez que se concluya el trámite

**OPCIONAL:**

- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado (ejemplo: IFE, Cédula Profesional o Pasaporte)
- Copia de la credencial de asegurado Pan-American México

*Todo trámite que ingrese después de las 14:00 horas será revisado en cuenta con fecha del día siguiente día hábil.*

*Si los documentos e información está completa, la emisión de nuestra respuesta será emitida en un plazo no mayor a 48hrs.*



La información médica y los desgloses de gasto hospitalario deberán enviarse a: [reclamosmex@palig.com](mailto:reclamosmex@palig.com) y [serviciomex@palig.com](mailto:serviciomex@palig.com)



- Informe(s) Médico(s) legibles del médico tratante e interconsultores: completado llenado por el o los médicos que atendieron al paciente (ES MUY IMPORTANTE QUE SE INCLUYAN LOS DATOS DE CONTACTO DEL MÉDICO, EL HOSPITAL Y EL TIEMPO DE ESTANCIA ESTIMADO)
- Presupuesto de honorarios del equipo médico (ejemplo: cirujano, anestesiólogo, ayudante, entre otros): Debe incluir montos y nombres de los médicos (puede ser enviado en una receta o incluirlo al final del informe médico)
- Copias de la interpretación de los estudios que corroboran el o los diagnósticos (ejemplo: pruebas

*Si los documentos e información está completa, la emisión de nuestra respuesta será emitida en un plazo no mayor a 48hrs*



La información médica y los desgloses de gasto hospitalario deberán enviarse a: [reclamomex@palig.com](mailto:reclamomex@palig.com) y [serviciomex@palig.com](mailto:serviciomex@palig.com)

clínicas, estudios radiológicos, entre otros): En caso de no contar con ellos, deberán enviar las placas originales, las cuales le serán devueltas una vez que se concluya el trámite

#### EN ALGUNOS CASOS SE SOLICITARÁ:

- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado (ejemplo: IFE, Cédula Profesional o Pasaporte)
- Copia de la credencial de asegurado Pan-American México



## 5 PAGO DIRECTO A PROVEEDORES

### REQUERIDO:

- Copia de la carta de pre-autorización del pago para hospital
- Facturas (CFDI) que incluyan desglose de gastos
- Presupuesto de Honorarios correspondientes del equipo médico involucrado (ejemplo: cirujano, anesthesiólogo, ayudantes, entre otros)
- Copia de estado de cuenta vigente no mayor a 6 meses
- Copia de identificación oficial vigente del médico prestador del servicio (ejemplo: IFE, Cédula Profesional, Pasaporte)\*
- Copia de un comprobante de domicilio no mayor a 6 meses\*
  - Sólo aplica para pago por honorarios médicos.
  - La facturación deberá realizarse a:

PAN-AMERICAN MÉXICO,  
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V.  
PGA1202133Q2  
Av. Paseo de la Reforma 412, Suite 1501  
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc  
C.P. 06600, Ciudad de México

*Todo trámite que ingrese después de las 14:00 horas será revisado en cuenta con fecha del día siguiente día hábil. Junto con sus facturas deberá enviar sus ARCHIVOS PDF Y XML correspondientes.*



La información debe ser enviada a nuestras oficinas o de manera electrónica a: [mesadecontrol@palig.com](mailto:mesadecontrol@palig.com)



- Formulario de reclamo: completado y firmado por el asegurado titular y el asegurado afectado (es importante que marquen la opción de pago en la sección VI)
- Para trámite inicial se requieren la hoja 1 y 2, debidamente requisitadas y firmadas
- Para trámite subsecuente enviar la hoja 2 solamente, debidamente requisitadas y firmadas
- Copias de la interpretación de los estudios que corroboran el o los diagnósticos (ejemplo: pruebas clínicas, estudios radiológicos, entre otros): En caso de no contar con ellos, deberán enviar las placas originales, las cuales le serán devueltas una vez que se concluya el trámite
- Recibos de honorarios y/o facturas (CFDI): Deberán estar facturadas a nombre del titular vigente de la póliza y la factura debe referir al asegurado afectado, así como la atención y los servicios prestados (ejemplo: "Honorarios médicos por asistencia de apendicetomía realizada a la Sra...")
- Copia de recetas médicas: Deben incluir las fechas, firmas y prescripción de los medicamentos, dosis y duración del tratamiento
- Copia de carnet o bitácora de asistencia: Para las sesiones de terapia de rehabilitación física con la firma del paciente, el terapeuta y la fecha en que fueron otorgadas\*
- Copia de comprobante de domicilio: Con una vigencia no mayor a 6 meses a partir de la fecha del siniestro
- Copia de Identificación oficial vigente: IFE, Cédula Profesional con vigencia no mayor a 10 años, Pasaporte
- Copia de estado de cuenta bancaria: Aplica en caso de haber seleccionado la opción de pago por transferencia. El recibo tendrá una vigencia no mayor a 6 meses. Dicho recibo deberá incluir el nombre del banco, número de cuenta, número de clave interbancaria, titular de la cuenta y domicilio (el estado de cuenta bancario deberá ser del titular o contratante vigentes de la póliza)
- Carta de autorización anterior: En caso de ser un pago complementario a pago directo, deberá adjuntarla

*\*Solo aplica para atención de terapias físicas.*



La información deberá enviarse a [mesadecontrol@palig.com](mailto:mesadecontrol@palig.com)







**PAN AMERICAN MÉXICO**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V.  
*Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group*



Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.  
Avenida Paseo de la Reforma 412, Suite 1501  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México,  
C.P. 06600

Oficina: (52 55) 5047-2545  
Gastos Médicos Mayores: (52 55) 5047-2544

**PAN AMERICAN**  
*— Private Client —*

[palig.com/privateclient](http://palig.com/privateclient)