

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE DEL ASEGURADO _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____
EMPRESA _____ POLIZA _____ CLIENTE _____ CERTIFICADO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ RECLAMO: INICIAL _____ COMPLEMENTO _____ P. CONVENCIONAL _____ P. DIRECTO _____
TELÉFONO _____ No. DPI _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
SI EL RECLAMO ES DE UNA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES DE PLAN ESCOLAR, INDICAR EL NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO DEL ALUMNO A QUIEN SE DEBE EMITIR EL CHEQUE _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones que proporcionen a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A., cualquier otra información incluyendo, copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos x pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la COMPAÑIA DE SEGUROS efectuará la liquidación de este reclamo al contar con todos los informes necesarios a su completa satisfacción. Si su reclamo es convencional, sírvase adjuntar recetas del doctor, así como los originales de las facturas de los gastos de clínicas, hospitales y de todo profesional que intervino en el caso, así como radiografías y resultados de exámenes si en caso fueron necesarios.

_____ FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR _____ FECHA _____

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

POLIZA _____ CERTIFICADO _____ RECLAMO: INICIAL _____ COMPLEMENTO _____ P. CONVENCIONAL _____ P. DIRECTO _____
SI EL RECLAMO ES COMPLEMENTO, INDICAR: DIAGNÓSTICO _____
NOMBRE DE LA EMPRESA _____
NOMBRE DEL EMPLEADO _____
NOMBRE DEL DEPENDIENTE _____
NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA _____ CARGO EN LA EMPRESA _____

_____ FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA _____ SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE _____ FECHA _____

SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____ EDAD _____
FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA _____ DIAGNÓSTICO COMPLETO _____
ESTA INCAPACIDAD ES DE ORIGEN: ACCIDENTE _____ ADQUIRIDO _____ CONGÉNITO _____ EMBARAZO _____
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA INCAPACIDAD _____ SI ES EMBARAZO INDIQUE: F.U.R. _____ F.P.P. _____
TRATAMIENTO SUMINISTRADO _____
FECHA DE ATENCION AL PACIENTE _____ QUEDARÁ EL PACIENTE INCAPACITADO _____ TIEMPO ESTIMADO _____
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____ COLEGIADO _____
ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____
DIRECCIÓN _____ FECHA _____

_____ FIRMA DEL MEDICO TRATANTE _____ SELLO DEL MEDICO TRATANTE _____

MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A., reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la Póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará algún exceso de la cantidad que USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento de que se trate.

SECCIÓN D: PARA USO EN PAGO DIRECTO

FAVOR DE COMPLETAR ESTA SECCION CON LETRA LEGIBLE PARA EVITAR DEMORAS EN LA APROBACIÓN

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO _____

HOSPITALIZACIONES Y / O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

DEBE ESPECIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y/O LOS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES A REALIZAR, PARA UNA HOSPITALIZACIÓN ES INDISPENSABLE ADJUNTAR COPIA DE RESULTADO DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO YA REALIZADOS.

TRATAMIENTO MEDICO <input type="checkbox"/>	QUIRURGICO <input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO DESCRIPCIÓN		CÓDIGO: (tabla de valores de california) _____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____

HONORARIOS

CIRUJANO PRINCIPAL	_____
AYUDANTE	_____
ANESTESIA	_____
VISITAS HOSPITALARIAS	_____
TOTAL	_____

EXAMENES ESPECIALES Y DE DIAGNOSTICO

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO _____

TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	COLANGIOGRAMA SIMPLES O POR TUBO	<input type="checkbox"/>	ANTICUERPOS BORRELIA BURGODORFERI	<input type="checkbox"/>	DENSITOMETRIA OSEA	<input type="checkbox"/>
ANGIO TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	COLECISTOGRAMAS	<input type="checkbox"/>	HIV DNA PROVIRAL PCR (1 Y 2)	<input type="checkbox"/>	NUMERO DE PRUEBAS A REALIZARSE	<input type="checkbox"/>
ANGIO RESONANCIA	<input type="checkbox"/>	PIELOGRAMAS	<input type="checkbox"/>	CARGA VIRAL HIV	<input type="checkbox"/>	DESCRIPCIÓN DE EXAMENES	_____
RESONANCIA MAGNETICA	<input type="checkbox"/>	ESTUDIOS CON ISOTOPOS EN MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/>	HLS-B27 (BIOLOGIA MOLECULAR)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
GASTROSCOPIAS	<input type="checkbox"/>	CARGA VIRAL HEPATITIS C	<input type="checkbox"/>	COLANGIORESONANCIA	<input type="checkbox"/>	_____	_____
COLONOSCOPIAS	<input type="checkbox"/>	ERCP	<input type="checkbox"/>	ECOSTRES CON DUBOTAMINA	<input type="checkbox"/>	_____	_____

MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO _____

MEDICAMENTO	NOMBRE GENERICO	DOSIS	HORAS	DIAS
1 _____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____	_____
7 _____	_____	_____	_____	_____
8 _____	_____	_____	_____	_____

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

SELLO DEL MEDICO TRATANTE

Los medicamentos arriba recetados tiene 10 días hábiles para trámite de autorización.

NOTA:

Este es un valor agregado que **MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.**, ofrece a sus asegurados para facilitar la adquisición de medicamentos con ciertos proveedores afiliados, por lo tanto no es responsabilidad de la compañía la falta de existencia del producto, quedando el asegurado en la libertad de adquirirlo con otro proveedor y presentar su gasto posteriormente bajo el sistema de reembolso convencional, la emisión de la autorización no garantiza la disponibilidad del medicamento. Los medicamentos recetados no son responsabilidad de **MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.**