ASEGURADORA RURAL
Te ayuda a crecer seguro y tranquilo

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

SECCIÓN I: Para ser completada por el asegurado titular

Nombre del asegurado titular: _____

No. De Póliza: _____ Certificado: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma del asegurado: _____ Fecha: _____

SECCIÓN II: Para ser completada por el médico tratante

Nombre de paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

_____

Fecha de inicio de enfermedad aproximada (obligatorio): _____ Fecha de consulta: _____

Incapacidad de origen: Accidente ☐ Adquirido ☐ Congénito ☐ Maternidad ☐

Si es por maternidad, por favor indique: FUR: _____ FPP: _____

Observaciones: _____

_____

_____

Médico tratante: _____ Especialidad: _____

Colegiado: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Firma y sello de médico tratante: _____

Receta de Medicamentos

Indicar farmacia afiliada de preferencia del asegurado: _____

Cantidad	Medicamento	Principio Activo	Presentación	Dosis	Días

ASEGURADORA RURAL
Te ayuda a crecer seguro y tranquilo

Orden de Exámenes Especiales, Radiología, Laboratorios

Indicar laboratorio o centro diagnóstico afiliado de preferencia del asegurado: _____

Resonancia Magnética	☐	Mamografía	☐	Electrocardiograma	☐	Gastroscopía	☐
Tomografía	☐	Electromiograma	☐	Electroencefalograma	☐	Colonoscopía	☐
Ultrasonido	☐	Mapeo Arterial	☐	Ecocardiograma	☐	Prueba de esfuerzo	☐

Puede adjuntar orden de laboratorios/radiología, o especificar otros a continuación:

1.	6.	11.
2.	7.	12.
3.	8.	13.
4.	9.	14.
5.	10.	15.

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales

Adjuntar resultados (copia) de estudios diagnósticos ya realizados, que respalden el procedimiento a efectuar

Indicar hospital afiliado propuesto: _____

Fecha de ingreso: _____ Días de hospitalización: _____

Especificar procedimientos a realizar

Procedimiento	Código CPT	Unidades

Nombre del médico que efectuará el procedimiento: _____ Colegiado: _____

Ayudantía en cirugías (casos que lo ameriten)

Nombre del médico ayudante: _____ Colegiado: _____

Cirugía: Laparoscópica ◯ Abierta ◯

Nombre de anestesiólogo: _____ Colegiado: _____

En caso de necesitar equipo especial por favor adjuntar presupuesto

Observaciones: _____

Procedimiento:

1. El asegurado deberá completar la Sección I y el médico tratante debe completar la Sección II del formulario.
2. Enviar formulario **completo** a Cabina de Gastos Médicos por médio de WhatsApp al número indicado en su carné de Gastos Médicos o al correo electrónico autorizaciones.cabina@aseguradorarural.com.gt
3. Al recibir la autorización de Cabina, presentarse al Laboratorio, Centro de Diagnóstico o Farmacia afiliada indicado en la autorización, presentar carné de gastos médicos/documento de identificación y cancelar la participación correspondiente de acuerdo a condiciones de póliza.

Este formulario tiene validez de 15 días hábiles para el trámite de autorización