EL ROBLE
Asegura lo que más quieres

Verificación Electrónica No._____

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN_____ No. CELULAR:_____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR_____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE_____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

EDAD_____ EMPRESA/PLAN_____

CARNÉ _____ DPI _____

SECCIÓN B. Sección de Diagnóstico

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD_____

IMPRESIÓN CLÍNICA _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

FECHA DE LA PRIMER VISITA POR ESTA ENFERMEDAD _____

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI ☐ FECHA_____ NO ☐

HISTORIA CLÍNICA_____

SECCIÓN C. Procedimientos

ESTOS EXAMENES REQUIEREN PRE-AUTORIZACIÓN

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO		REGIÓN	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	
Tomografía	72000	☐		Monitoreo de presión arterial de 24 hrs	93784	☐
Resonancia Magnética	76270	☐		Ph Metría	ESD007	☐
Ultrasonido Obstétrico	76805	☐		Potenciales Evocados	ESD010	☐
Densitometría Ósea	893901	☐		Potenciales Somatosensoriales	ESD013	☐
Doppler		☐		Potenciales Auditivos		☐
Gatroscopía	GAS001	☐		Potenciales Visuales	ESD012	☐
Colonoscopía	GAS002	☐		Potenciales de Tallo Cerebral	ESD011	☐
Aparato Holter	93230	☐		Electromiograma	95860	☐
Manometría Esofágica	ESD003	☐		Centellograma	78306	☐
Manometría Rectal	ESD004	☐		Ecocardiograma	93307	☐
Mapeo Cerebral	ESD009	☐		Densitometría Ósea Completa	ESD128	☐
Polisomnografía	ESD015	☐		Prueba de Antígeno SARS-COV-2	993930	☐
Panel de Alérgenos Alimenticios	950042	☐		Prueba Molecular PCR (SARS-COV-2 ARN VIRAL)	993931	☐
Panel de Alérgenos Inhalados/ Panel de Alérgenos Inhalante	950046	☐		Panel Respiratorio + PCR SARS COV-2	993932	☐
Otros						

ADJUNTAR RESULTADO DE EXAMEN (ES) QUE RESPALDE (N) EL PROCEDIMIENTOA EFECTUARSE

SECCIÓN D. Fisioterapias

PROVEEDOR PROPUESTO _____

DIAGNÓSTICO _____

TIEMPO DE EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS_____

LA DOLENCIA ES DE ORIGEN CONGÉNITO SI ☐ NO ☐

SI SE PRACTICÓ CIRUGÍA, INDIQUE FECHA Y LUGAR _____

SI SE RECIBIÓ TRATAMIENTO PREVIO POR ESTE DIAGNÓSTICO INDIQUE CUANDO_____

NÚMERO DE TERAPIAS SOLICITADAS _____

OBSERVACIONES _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

COLEGIADO NO. _____ TELÉFONO_____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:
****ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN****
MEDIANTE EL USO Y PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO OTORGO AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, LABORATORIO, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y OTRAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONE A SEGUROS EL ROBLE S.A Y/O AL CONTRATANTE, CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS) CON RESPECTO A TRATAMIENTOS O SERVICIOS PRESTADOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES.

VER OBSERVACIONES AL REVERSO
FECHA DE IMPRESIÓN 20/01/2025

"Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los Médicos, Hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a SEGUROS EL ROBLE, S.A., cualquier información relacionada con el expediente médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnostico y demás información pertinente. Asimismo, declaro estar enterado de la aplicación del Artículo 915 (Extinción de Responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala"

PUNTOS A CONSIDERAR PARA PRESTAR EL SERVICIO

DIAGNÓSTICOS NO CUBIERTOS

- Anovulación
- Alopecia Androgénica
- Déficit de atención
- Talla corta / Retraso de crecimiento
- Hipoestrogenismo
- Obesidad / Sobrepeso
- Fatiga crónica
- Menopausia
- Climaterio
- Andropausia
- Eyaculación precoz
- Retraso sexual
- Disfunción erectil
- Disfunción Testicular
- Tratamiento dental
- Control niño sano / control pediátrico
- Chequeo o pruebas a donador
- Gingivitis
- Queratocono
- Problemas de refractarios (miopia, astigmatismo, presbicia, emotropia, etc.)
- Hipogonadismo
- Infertilidad
- Planificación familiar
- Pruebas pre-concepcionales
- Temporo Mandibular (ATM)
- Control Anual
- Exámenes de carácter preventivo
- Chequeo médico de cualquier índole (matrimonial, ginecológico, oftalmologico, etc.)

DIAGNÓSTICOS QUE REQUIEREN CONFIRMACIÓN DE COBERTURA CON MEDIPRICESOS

- Embarazo en curso
- Pubertad precoz
- Acné
- Astenia
- Exámenes dirigidos a feto
- Pie plano
- Apnea de sueño
- Diagnósticos de tipo congénito o genético
- COVID-19

PRUEBAS SIN COBERTURA

- Espermograma
- Histerosalpingograma
- Hormona Antimulleriana

OTRAS INDICACIONES

PACIENTE

- Presentar carné de identificación físico o APP.
- Presentar DPI (en caso de no contar con el mismo presentar licencia, pasaporte y en último caso carné físico). En caso de menores de edad, presentar documento de la persona encargada.
- **Previo a presentarse al proveedor de su elección, confirme si realiza las pruebas ordenadas en el formulario y si necesita alguna preparación previa.**
- Presentar una de las siguientes opciones:
  1. **Formulario original:** Requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
  2. **Autorización:** No requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
  3. **Código y pin de formulario electrónico:** El formulario está sujeto a revisión por parte del proveedor.

MÉDICO

- Indicar al paciente si necesita alguna preparación previa a la realización de algún examen especial
- Al extender formulario físico cumplir con lo siguiente:
  1. **Llenar con letra legible**
  2. **Colocar nombre, firma y sello**

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- Únicamente médicos afiliados a Roblered podrán solicitar procedimientos especiales de diagnóstico
- Solicitar los requisitos que debe presentar el paciente
- Sacar copia de DPI o, en su defecto, copia de otro documento de identificación (En caso de menores de edad, solicitar documento de la persona encargada)