UNI RED de Universales

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS / PAGO DIRECTO

Universales

SECCIÓN I: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR EL ASEGURADO (requisito indispensable)

Nombre Asegurado Titular: _____ Póliza: _____

Datos del Paciente:

Asegurado Titular: ☐ Cónyuge: ☐ Hijo (a): ☐ Edad: _____

Nombre del Paciente: _____ ID: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. DPI: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Reclamo: Nuevo: ☐ Complemento: ☐ Pago Directo: ☐ Total Presentado en Facturas: _____

Observaciones: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a **SEGUROS UNIVERSALES S.A**. cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonidos y Rayos X, etc., pertenecientes a esta solicitud. Queda entendido que **SEGUROS UNIVERSALES S.A** se reserva el derecho de procesar esta solicitud hasta obtener toda la información necesaria.

_____ _____

Firma Asegurado Titular Firma Paciente (Si es distinto del Asegurado Titular)

Lugar y Fecha: _____

SECCIÓN II: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR LA EMPRESA CONTRATANTE (Soló para pólizas colectivas)

Nombre del Representante: _____

_____ _____

Firma y Sello de la Empresa Fecha:

SECCIÓN III: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR MÉDICO TRATANTE (Requisito indispensable)

Confirmo en mi condición de Médico, haber asistido a:

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de inicio de la causa básica de la enfermedad: _____ Tiempo de Evolución: _____

Causa de esta solicitud: Enfermedad: ☐ Accidente: ☐ Embarazo: ☐

Diagnóstico: _____

_____

Antecedentes y/o Historia de la Enfermedad _____

_____

En caso de Accidente: (Describa) _____

En caso de Embarazo, indicar : Fecha de U.R: _____ Fecha P.P: _____

Descripción de Tratamiento: _____

Nombre del Médico: _____ No. Colegiado: _____

Especialidad: _____ Teléfono: _____

_____ _____

Firma y Sello del Médico Tratante Fecha:

* Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza contratada.

INSTRUCCIONES:

Si su solicitud es por reembolso convencional, deberá completar las secciones que le corresponden, adjuntando facturas de los gastos incurridos por medicamentos, laboratorios, médicos y hospital.
Sí su solicitud es para Estudios Especiales, Medicamentos u Hospitalización Programada, enviar el formulario al correo de autorizaciones@universales.com

P-GGM-05-R-09-V3

Seguros Universales, S.A. | 4ª Calle 7-73, Zona 9 | apdo. 01009 | Guatemala, C.A.
Tel.: 2384 7400 / 2384 7500 Fax: 2332 3372 | universales.com | info@universales.com

1789

No. VERIFICACIÓN: _____

PAGO DIRECTO:

Completar con letra legible. Es importante no dejar espacios en blanco, para que se pueda emitir autorización, y que el médico firme y selle los espacios indicados.

ORDEN DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____

9 _____ 10 _____ 11 _____ 12 _____

ORDEN DE ESTUDIOS ESPECIALES (necesitan pre autorización):

Centro de Diagnóstico Afiliado al que se refiere: _____

- ☐ Ecocardiograma
- ☐ Monitorio ambulat. P. Arterial
- ☐ Holter Cardíaco
- ☐ Prueba de Esfuerzo
- ☐ Gastroscopia
- ☐ E.R.C.P.
- ☐ Electroencefalograma
- ☐ Electromiograma
- ☐ Doppler Carotideo
- ☐ Doppler Trasesofágico
- ☐ Centellograma
- ☐ Colonoscopia
- ☐ Tomografía
- ☐ Resonancia Magnética
- ☐ Mamografía
- ☐ Densitometría Ósea
- ☐ Pielograma

_____

Firma y Sello del Médico Tratante

* Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza contratada.

MEDICAMENTOS (necesitan pre autorización):

Nombre del Medicamento	*Nombre Genérico*	*Dosis y Frecuencia*	*Tiempo de Tratamiento*		
			Días	*Mes*	*Indefinido*
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

_____

Firma y Sello del Médico Tratante

* Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza contratada.

HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA (necesitan pre autorización):

Nombre del Hospital: _____ Fecha Ingreso Hospital: _____

Sí existe cirugía favor completar: *(Tabla de valores Relativos de California)

Código (s)* _____ Descripción: _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

	Honorario Solicitado	Nombre del Médico	No. Colegiado	Especialidad
Cirujano Principal	Q. _____	_____	_____	_____
Ayudante	Q. _____	_____	_____	_____
Anestesia	Q. _____	_____	_____	_____
Otros	Q. _____	_____	_____	_____

Equipo Especial _____

Nota: Todo equipo y/o material que no haya sido pre autorizado, no será cubierto al momento del egreso. Adjuntar todos los estudios realizados, para esta solicitud enviar con tres días de anticipación a la fecha de ingreso al hospital.

SEGUROS UNIVERSALES S.A. pagará los honorarios médicos autorizados dependiendo de los convenios particulares. En ningún momento se pagarán aquellos gastos no autorizados.

Importante: Este formulario tiene una validez de 15 días hábiles, desde la fecha en que el médico lo extienda. Deberá ser completado sin tachones o enmiendas.

P-GGM-05-R-09-V3

Seguros Universales, S.A. | 4ª Calle 7-73, Zona 9 apdo. 01009 | Guatemala, C.A.
Tel.: 2384 7400 / 2384 7500 | Fax: 2332 3372 | universales.com | info@universales.com

1789