Seguros MAPFRE GUATEMALA

FORMULARIO ÚNICO GASTOS MÉDICOS Y PAGO DIRECTO

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 examenes si en caso fueron necesarios.

_____ FECHA _____

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

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 _____

_____ _____ FECHA _____

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE

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 ☐ QUIRURGICO ☐

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

DESCRIPCIÓN DE EXAMENES _____

_____
_____
_____
_____
_____

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 compañia 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.**