

SECCION I (A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO Y LA EMPRESA)

Yo _____, de _____ años de edad, asegurado bajo la Póliza No. _____ contratada por la Empresa _____ con certificado No. _____, por este medio acepto los cargos que por concepto de exámenes practicados a mi persona y/o dependiente _____ de _____ años de edad, que haga el Centro de Diagnóstico _____ reconociendo mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la Póliza contratada. Así mismo, de constatarse que dicha póliza ya no se encuentra en vigor o de no encontrarme como empleado activo de la empresa, o de no corresponder los exámenes al diagnóstico, me responsabilizo a cubrir al Centro de Diagnóstico arriba mencionado los gastos incurridos.

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ CÉDULA: _____

DIRECCIÓN DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____ FECHA: _____

 Firma y Sello de la Empresa

 Firma del Asegurado

SECCION II (A SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE)

Este formulario debe presentarse en MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. 3 días hábiles antes de la fecha en que se realizarán los exámenes, para su estudio y aprobación, en caso contrario MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. no se hará responsable por los gastos incurridos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____

DIAGNOSTICO PRELIMINAR: _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

ES DE ORDEN: CONGENITO ADQUIRIDO TRAUMATICO

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

FIRMA Y SELLO: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN DE EXÁMENES SOLICITADOS: _____

Código CPT	Nombre del examen	Área Anatómica	X
78600	Tomografías		
74181	Resonancias Magnéticas		
43239	Gastroscopias		
45380	Colonoscopias		
43260	ERCP		
74320	Colangiogramas simples o por tubo		
74290	Colecistogramas		
74420	Pielogramas		
78000	Estudios con Isótopos en Medicina Nuclear		
	Carga viral Hepatitis C		
86618	Anticuerpos Borrelia Burgodorferi		
	HIV DNA Proviral PCR (1 y 2)		
	Carga Viral HIV		
	HLS - B27 (Biología Molecular)		
86812	Angrografías		