

Nombre del Hospital Afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del Asegurado:**

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ Certificado No.: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Información sobre la Emergencia:**

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Si hay hospitalización, la misma se hará en: Habitación semi-privada: \_\_\_\_\_ UCI \_\_\_\_\_

Número estimado de días de hospitalización: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico que atendió la emergencia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Si hay procedimiento quirúrgico, proporcionar el nombre del mismo con su código respectivo de acuerdo a la Tabla de Valores de California, edición 1994 para la autorización de honorarios: \_\_\_\_\_

Si no hay procedimiento quirúrgico, describir el plan de tratamiento a seguir y el monto de honorarios para su aprobación: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

No. de Colegiado: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*Favor recordar que toda hospitalización debe ser en habitación semi-privada y manejada por un medico afiliado al Programa de Reembolso Directo de MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.*

**AUTORIZACION : (para uso exclusivo de MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.)** \_\_\_\_\_

Autorización No.: \_\_\_\_\_ No. de días Aprobados: \_\_\_\_\_

Cobertura de Habitación: \_\_\_\_\_ Co-Pago: \_\_\_\_\_ Tipo de Reembolso: \_\_\_\_\_

Honorarios aprobados: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_