

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Nombre del asegurado _____
 Nombre del paciente _____ Edad _____
 Empresa _____ Póliza _____ Certificado _____
 Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año) _____ Reclamo: Inicial Complemento P.Convencional P.Directo
 Teléfono _____ 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 estudios de imágenes 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 exámenes si en caso fueron necesarios.

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

Póliza _____ Certificado _____ Reclamo: Inicial Complemento P.Convencional P.Directo
 Si el reclamo es complemento, indicar: diagnóstico _____
 Nombre del empleado _____
 Nombre del dependiente _____
 Nombre de quien autoriza _____ Cargo en la empresa _____

Firma de la persona autorizada _____ Sello de la empresa contratante _____ Fecha _____

SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente _____ Edad _____
 Fecha de la primera consulta (Día / Mes / Año) _____ Diagnóstico completo _____

Esta incapacidad es de origen: Accidente Adquirido Congénito Embarazo
 Tpo. de evolución de la incapacidad _____
 Si es embarazo indique: F.U.R. (Día / Mes / Año) _____ F.P.P. (Día / Mes / Año) _____
 Tratamiento suministrado _____
 Fecha de atención al paciente (Día / Mes / Año) _____ ¿Quedará el paciente incapacitado? Sí No Tiempo estimado _____
 Nombre del médico tratante _____ Colegiado _____
 Especialidad _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Fecha (Día / Mes / Año) _____

Firma del médico tratante _____

Sello del médico 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 sección 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 médico
Quirúrgico

Descripción del Tratamiento

Código: (tabla de valores de california)

Honorarios

Cirujano principal	Ayudante	Anestesia	Visitas Hospitalarias	TOTAL
_____	_____	_____	_____	_____

EXÁMENES ESPECIALES Y DE DIAGNÓSTICO

Nombre del proveedor afiliado _____

Tomografía	Colangiograma simples o por tubo	Anticuerpos borrelia burgdorferi	Densitometría ósea
Angiotomografía	Colecistogramas	HIV DNA Proviral PCR (1y 2)	No. de pruebas a realizarse _____
Angioresonancia	Pielogramas	Carga viral HIV	Descripción de exámenes _____
Resonancia magnética	Estudios con isótopos en medicina nuclear	HLA-B27 (biología molecular)	_____
Gastoscopias	Carga viral Hepatitis C	Colangioresonancia	_____
Colonoscopias	ERCP	Ecostress con dubotamina	_____

MEDICAMENTOS

Nombre del proveedor afiliado _____

Medicamento	Nombre Genérico	Dosis	Horas	Días
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

Firma del médico tratante _____

Sello del médico tratante _____

Los medicamentos arriba descritos deben presentarse a la aseguradora para su autorización en los siguientes 5 días de recetados.

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 compañía 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 o la variación de precio no son responsabilidad de MAPFRE |Seguros Guatemala, S.A.