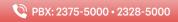


## Formulario Único Gastos Médicos y Pago Directo

## SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR Nombre del asegurado Nombre del paciente Edad Póliza Certificado Reclamo: Inicial O Complemento O P. Convencional O P. Directo O Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año) 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 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 examenes si en caso fueron necesarios. SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE Reclamo: Inicial O Complemento O P. Convencional O P. Directo O Certificado Si el reclamo es complemento, indicar: diagnóstico 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 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 ¿Quedará el paciente incapacitado? Sí 🔾 No 🔾 Tiempo estimado Fecha de atención al paciente (Día / Mes / Año) 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 Tratamiento médico es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados. Quirúrgico Descripción del Tratamiento Código: (tabla de valores de california) **Honorarios** Visitas Hospitalarias **TOTAL Anestesia** Cirujano principal Ayudante **EXÁMENES ESPECIALES Y DE DIAGNÓSTICO** Nombre del proveedor afiliado Colangiograma simples Tomografía Anticuerpos borrelia burgdorferi Densitometría ósea o por tubo Angiotomografía Colecistogramas HIV DNA Proviral PCR (1y2) No. de pruebas a realizarse Descripción de exámenes Pielogramas Angioresonancia Carga viral HIV Estudios con isótopos Resonancia magnética HLA-B27 (biología molecular) en medicina nuclear Carga viral Hepatitis C Gastroscopias Colangioresonancia Colonoscopias **ERCP** Ecostress con dubotamina **MEDICAMENTOS** Nombre del proveedor afiliado

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

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

Firma del médico tratante

Este es un valor agregado que MAPFRE ISeguros 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.



Sello del médico tratante



