

## 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 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Tomografía	<input type="checkbox"/> Colangiograma simples o por tubo	<input type="checkbox"/> Anticuerpos borrelia burgdorferi	<input type="checkbox"/> Densitometría ósea
<input type="checkbox"/> Angiotomografía	<input type="checkbox"/> Colecistogramas	<input type="checkbox"/> HIV DNA Proviral PCR (1 y 2)	<b>No. de pruebas a realizarse</b> _____
<input type="checkbox"/> Angioresonancia	<input type="checkbox"/> Pielogramas	<input type="checkbox"/> Carga viral HIV	<b>Descripción de exámenes</b>
<input type="checkbox"/> Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> Estudios con isótopos en medicina nuclear	<input type="checkbox"/> HLA-B27 (biología molecular)	_____
<input type="checkbox"/> Gastroscopias	<input type="checkbox"/> Carga viral Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Colangiioresonancia	_____
<input type="checkbox"/> Colonoscopias	<input type="checkbox"/> ERCP	<input type="checkbox"/> 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.