

**VER INSTRUCCIONES EN EL REVERSO SECCION I (A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO)**

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, estado civil \_\_\_\_\_  
 nacionalidad \_\_\_\_\_ asegurado bajo la Póliza No. \_\_\_\_\_  
 contratada por la Empresa \_\_\_\_\_ con certificado No. \_\_\_\_\_,  
 por este medio acepto los cargos que se me apliquen por concepto de medicamentos suministrados para mi persona y/o dependientes detallados en la sección  
 II del presente formulario.

Reconociendo mi responsabilidad en pagar estos medicamentos, 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, de no encontrarme como empleado activo de la empresa, o que los medicamentos  
 no correspondan al diagnóstico, me responsabilizo a cubrir a la Farmacia arriba el costo de los medicamentos suministrados.

CÉDULA : \_\_\_\_\_ TELÉFONOS DOMICILIO: \_\_\_\_\_ OFICINA: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DOMICILIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Vo. Bo. \_\_\_\_\_  
 Firma y Sello de la Empresa

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado

**DESCRIPCION DE MEDICAMENTOS RECETADOS**
**SECCION II (A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE)**

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

Nombre del familiar dependiente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha inicio de la incapacidad o dolencia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\* Si es por maternidad, indique la fecha de inicio: \_\_\_\_\_

**Completar con letra clara y legible en todos los espacios (Indispensable presentar copia de receta).**

Nombre del Medicamento: _____ _____ Nombre Genérico: _____ Dosis: _____ Diarias: Cada _____ Horas Durante: ( ) Días ( ) Semanas ( ) Indefinido	Nombre del Medicamento: _____ _____ Nombre Genérico: _____ Dosis: _____ Diarias: Cada _____ Horas Durante: ( ) Días ( ) Semanas ( ) Indefinido
Nombre del Medicamento: _____ _____ Nombre Genérico: _____ Dosis: _____ Diarias: Cada _____ Horas Durante: ( ) Días ( ) Semanas ( ) Indefinido	Nombre del Medicamento: _____ _____ Nombre Genérico: _____ Dosis: _____ Diarias: Cada _____ Horas Durante: ( ) Días ( ) Semanas ( ) Indefinido
<b>Nombre del Médico tratante:</b> _____ Fecha: _____	<b>Teléfono:</b> _____ <b>Firma y sello del Médico:</b> _____

Los medicamentos arriba recetados tienen 10 días hábiles para trámite de autorización.

**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 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 no son responsabilidad de MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.

## INSTRUCCIONES PARA EL ASEGURADO:

- 1 El asegurado deberá completar la Sección I del Formulario de Pre-autorización de Medicamentos.
- 2 Se deberá solicitar a la empresa contratante firma y sello del Depto. De R.R.H.H.
- 3 El Asegurado deberá solicitar al Médico tratante que complete la Sección II del formulario en donde deberá indicar el nombre de los medicamentos que están siendo recetados con su respectiva dosis y tiempo de duración del tratamiento. (esta sección deberá llevar la firma y sello del Médico tratante)
- 4 El formulario debidamente completado en las secciones I y II deberá ser enviado vía fax o correo electrónico a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. (o por intermedio de su corredor de seguros) para la aprobación de los medicamentos respectivos.
- 5 MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. enviará vía fax o correo electrónico la aprobación al Asegurado, o por intermedio de su corredor de seguros, en un período aproximado de 24 horas hábiles así como a la Farmacia para la respectiva entrega de los medicamentos.
- 6 Al momento de recibir el medicamento el Asegurado deberá presentar:
  - a. Carné vigente y otro documento de identificación con fotografía.
  - b. Carta de Autorización de Medicamentos (emitida por MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.)
  - c. Cancelar en efectivo el porcentaje que le corresponda del valor total del mismo (el Proveedor le extenderá una factura por la cantidad respectiva).