

**SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR**

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

EMPRESA \_\_\_\_\_ POLIZA \_\_\_\_\_ CLIENTE \_\_\_\_\_ CERTIFICADO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RECLAMO: INICIAL \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ P. CONVENCIONAL \_\_\_\_\_ P. DIRECTO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ No. 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 rayos x 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.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

\_\_\_\_\_  
FECHA

**SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE**

POLIZA \_\_\_\_\_ CERTIFICADO \_\_\_\_\_ RECLAMO: INICIAL \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ P. CONVENCIONAL \_\_\_\_\_ P. DIRECTO \_\_\_\_\_

SI EL RECLAMO ES COMPLEMENTO, INDICAR: DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

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 COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO COMPLETO \_\_\_\_\_

ESTA INCAPACIDAD ES DE ORIGEN: ACCIDENTE \_\_\_\_\_ ADQUIRIDO \_\_\_\_\_ CONGÉNITO \_\_\_\_\_ EMBARAZO \_\_\_\_\_

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA INCAPACIDAD \_\_\_\_\_ SI ES EMBARAZO INDIQUE: F.U.R. \_\_\_\_\_ F.P.P. \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO SUMINISTRADO \_\_\_\_\_

FECHA DE ATENCION AL PACIENTE \_\_\_\_\_ QUEDARÁ EL PACIENTE INCAPACITADO \_\_\_\_\_ TIEMPO ESTIMADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ COLEGIADO \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
SELLO DEL MEDICO 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 SECCION 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 MEDICO	<input type="checkbox"/>	QUIRURGICO	<input type="checkbox"/>	CÓDIGO: ( tabla de valores de california )	_____
TRATAMIENTO DESCRIPCIÓN					
_____					_____
_____					_____
_____					_____
_____					_____
_____					_____

**HONORARIOS**

CIRUJANO PRINCIPAL	_____
AYUDANTE	_____
ANESTESIA	_____
VISITAS HOSPITALARIAS	_____
TOTAL	_____

**EXAMENES ESPECIALES Y DE DIAGNOSTICO**

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO \_\_\_\_\_

TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	COLANGIOGRAMA SIMPLES O POR TUBO	<input type="checkbox"/>	ANTICUERPOS BORRELIA BURGODORFERI	<input type="checkbox"/>	DENSITOMETRIA OSEA	<input type="checkbox"/>
ANGIO TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	COLECISTOGRAMAS	<input type="checkbox"/>	HIV DNA PROVIRAL PCR ( 1 Y 2 )	<input type="checkbox"/>	NUMERO DE PRUEBAS A REALIZARSE	<input type="checkbox"/>
ANGIO RESONANCIA	<input type="checkbox"/>	PIELOGRAMAS	<input type="checkbox"/>	CARGA VIRAL HIV	<input type="checkbox"/>	DESCRIPCIÓN DE EXAMENES	_____
RESONANCIA MAGNETICA	<input type="checkbox"/>	ESTUDIOS CON ISOTOPOS EN MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/>	HLS-B27 (BIOLOGIA MOLECULAR )	<input type="checkbox"/>	_____	_____
GASTROSCOPIAS	<input type="checkbox"/>	CARGA VIRAL HEPATITIS C	<input type="checkbox"/>	COLANGIORESONANCIA	<input type="checkbox"/>	_____	_____
COLONOSCOPIAS	<input type="checkbox"/>	ERCP	<input type="checkbox"/>	ECOSTRES CON DUBOTAMINA	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**MEDICAMENTOS**

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	NOMBRE GENERICO	DOSIS	HORAS	DIAS
1 _____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____	_____
7 _____	_____	_____	_____	_____
8 _____	_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
SELLO DEL MEDICO TRATANTE

Los medicamentos arriba recetados tiene 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 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 no son responsabilidad de **MAPFRE |Seguros Guatemala, S.A.**