

Guía Práctica De Como Llenar Los Formularios De La Roblered

1



Formulario Único de Reclamación para Gastos Médicos y Dental | Pago Convencional y Pago Directo

SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Datos del Paciente: Asegurado Titular Cónyuge Hijo(a) Sexo: M F Edad _____
 Nombre Completo del Paciente _____
 Estado Civil _____ Ocupación _____ Fecha de Nacimiento _____
 Póliza _____ Certificado _____ Reclamo: Inicial Complemento P. Convencional P. Directo
 Si su reclamo es Complemento, indique: Diagnóstico _____ No. Reclamo _____
 Nombre del Asegurado Titular _____
 Teléfono _____ No. Cédula/DPI _____ Correo Electrónico _____
 Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar nombre del Padre o Encargado del Alumno a quien se debe emitir el cheque _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdicas y cabales, según mi loal saber y entender, y autorizó a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones suministran a la Compañía de Seguros, cualquier información incluyendo copias exactas de sus registros clínicos pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del Artículo 915 del Código de Comercio "Extinción de Responsabilidad", que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

Fecha _____
DIA MES AÑO

Ésta sección debe ser completada y firmada¹ por el Asegurado en su totalidad.

2

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 _____ No. Reclamo _____
 Nombre de la Empresa _____
 Nombre del Empleado Asegurado _____ Fecha de Vigencia _____
 Nombre del Dependiente _____ Fecha de Vigencia _____
 Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo Si No
 Nombre de quien autoriza _____ Cargo _____

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA

SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE

Fecha _____
DIA MES AÑO

Ésta sección debe ser completada, firmada² y sellada³ por el Departamento de Recursos Humanos de la empresa donde labora el Asegurado, únicamente para las pólizas que han sido contratadas por una empresa a través de un Seguro Colectivo. Es importante mencionar que si no cumple con lo indicando anteriormente no se dará tramite al reclamo.

Si la Póliza es Individual no es necesario completar esta sección.

3

SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

Nombre Completo del Paciente _____ Edad _____
 Fecha de la primera consulta _____
 Diagnóstico completo _____
 Esta incapacidad es de origen: Accidente Adquirido Dental Congénito Embarazo
 Tiempo de evolución de la incapacidad _____
 Si es por **Dental**, favor indique si la causa es por: Accidente Enfermedad Fecha _____
 Si es por **Embarazo**, favor indique: F.U.R. _____ F.P.P. _____
 Tratamiento suministrado _____
 Indique fecha en que atendió al paciente _____
 Si realizó cirugía, indique en que hospital y haga descripción de la misma _____
 Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada Si No
 Tiempo de incapacidad _____
 ¿Cuándo estima que el paciente quedará curado? _____
 Nombre del Médico Tratante u Odontólogo _____
 Especialidad _____ Colegiado _____
 Dirección _____ Teléfono _____

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

Fecha _____
DIA MES AÑO

Ésta sección debe ser completada, firmada⁴ y sellada⁵ por el médico(a) u odontólogo(a) tratante, únicamente siendo esta la persona que describirá la patología con términos médicos dando fe de la veracidad del contenido. Dicha sección debe ser completada para los casos de Pago Convencional y Pago Directo.

4

Codo reclamo de consulta y/o procedimiento en clínica | Pago Directo

ROBLE RED
la salud

COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE/ ASEGURADO/ EMPRESA

Datos del Paciente: Asegurado Titular Cónyuge Hijo (s) Sexo: M F Edad: _____
 Nombre completo del paciente: _____ Póliza: _____ Certificado: _____
 Diagnóstico completo: _____
 Procedimiento efectuado: _____
 Fechas de Consulta: _____

Firma del Médico Tratante _____ Sello del Médico Tratante _____ Firma del Asegurado _____ Firma/Sello de la Empresa _____

77, Avenida 5-10, Zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 15 ☎ Guatemala, C.A. ☎ Código Postal 01001 ☎ Apdo. Postal 2513 ☎ PBX 2420-3535, FAX 2361-1192 ☎ www.robledo.com

Esta sección debe ser completada, firmada⁶ y sellada⁷ por el médico(a) u odontólogo(a) tratante, únicamente siendo esta la persona que describirá el(los) diagnóstico(s) y/o procedimiento(s) con términos médicos dando fe de la veracidad del contenido. La siguiente área debe ser completada, firmada y sellada⁹ por el Departamento de Recursos Humanos de la empresa donde labora el Asegurado así como la firma del asegurado⁸, únicamente para las pólizas que han sido contratadas por una empresa a través de un Seguro Colectivo. Es importante mencionar que si no cumple con lo indicando anteriormente no se dará trámite al reclamo. Si la Póliza es Individual únicamente consignar firma del asegurado⁸. Este codo desprendible será el documento a presentar POR EL MEDICO con su respectiva factura para el cobro de los honorarios médicos en concepto de consulta externa¹⁰

PERIODO DE TRANSICION-FORMAS DE PRESENTARSE EL ASEGURADO: 1. Con Formularios Antiguos RobleRED F1, F4, F5, F6 hasta agotar existencias. 2. **Con Formulario Único con Codo Desprendible** para el medico y con este realizar el cobro respectivo en concepto por consulta externa.

5

Formulario Único de Reclamación para Gastos Médicos y Dental | Pago Convencional y Pago Directo

ROBLE RED
la salud

SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO (Continuación)

EXCLUSIVO PARA PAGO DIRECTO
Para evitar demoras en el proceso de aprobación, favor completar con letra legible y de molde.

Nombre del Proveedor Afiliado _____

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales
Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados.
Indique el (los) Procedimiento(s) _____ Código _____

1 _____
2 _____
3 _____

Honorarios Cirujano _____ Honorarios Ayudante _____
Honorarios Anestesiista _____ Otros _____
Observaciones: _____

Exámenes Especiales, Radiología, Laboratorios

Cistouretroscopia <input type="checkbox"/>	Colonoscopia <input type="checkbox"/>	Electrocardiograma <input type="checkbox"/>	Electroencefalograma <input type="checkbox"/>
Electromiograma <input type="checkbox"/>	Gastroscopia <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/>	Prueba de Esfuerzo <input type="checkbox"/>
Resonancia Magnética <input type="checkbox"/>	Tomografía <input type="checkbox"/>	Ultrasonido <input type="checkbox"/>	Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>

1 _____ 5 _____ 9 _____ 13 _____
 2 _____ 6 _____ 10 _____ 14 _____
 3 _____ 7 _____ 11 _____ 15 _____
 4 _____ 8 _____ 12 _____ 16 _____

Medicamentos
Nombre del Proveedor Afiliado _____

Medicamento	Presentación (Gg, Tab, Susp, etc.)	Principio Activo	Dosis (mg, gr, ml, etc.)	Posología (BID, TID, QID, etc.)	Días	Cantidad Aprobada
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Adicionalmente, la segunda parte de la Sección C debe ser completada únicamente en casos que serán manejados a través de Pago Directo indicando el(los) procedimiento(s) a realizar con su(s) respectivo(s) código(s) y unidad(es) para el cálculo de honorarios¹¹, los métodos de diagnóstico a ordenar¹², los nombres de los medicamentos a recetar¹³, según sea el caso, para los servicios de:

- § Hospitalizaciones Programadas, Hospitalizaciones por Emergencias, Emergencias y Procedimientos Especiales en Clínica¹¹
- § Exámenes Especiales, Radiología y Laboratorios¹²
- § Medicamentos¹³

Si al completar la información el médico tratante requiere de más espacio, debe acompañar un formulario adicional completando únicamente la información necesaria. Es importante recordarle que este otro formulario debe estar firmado y sellado.

