

Ver instrucciones en el reverso:

Nombre de la empresa: _____
 Nombre del empleado: _____
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ / Sexo: M () F () Estado Civil: S () C () Cédula: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Nombre del dependiente: _____
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ / Sexo: M () F () Estado Civil: S () C () Cédula: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ocupación: _____
 Fecha inicial de la enfermedad: _____ / _____ / _____ / Síntomas: _____
 ¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los tres meses anteriores a la fecha indicada en el inciso anterior? () Si () No
 ¿Esta enfermedad ha sido diagnosticada anteriormente? () Si () No En caso afirmativo indicar el nombre del médico tratante: _____
 Diagnóstico: _____ / _____ / _____ / _____

NOTA: PARA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO EN MEDICAMENTOS A UTILIZAR EN ESTE TRATAMIENTO FAVOR COMPLETAR FORMULARIO DE FARMACIA.

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son VERIDICAS así mismo autorizo a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. para que solicite al médico tratante cualquier información que necesite, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de diagnóstico, etc., relacionados con este reclamo. Asimismo, me comprometo a reembolsar a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. el valor de los tratamientos en caso de que los mismos fueran no elegibles entro de los beneficios que provee la póliza contratada, o de constatarse que la misma se encuentra de baja, o de no encontrarme como empleado activo de la empresa contratante.

FIRMA DEL ASEGURADO

Vo. Bo. _____
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

SECCION II: A SER COMPLETADA EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO AFILIADO (ONCÓLOGO)

Nombre del paciente: _____
 Diagnóstico completo: _____
 Tiempo de evolución: _____
 Nombre del Médico que refiere al paciente: _____
 Día Mes Año
 Fecha del primer examen clínico: _____ / _____ / _____ / Fecha inicial del tratamiento: _____
 Indique los exámenes que fueron necesarios para el Diagnóstico y tratamiento del paciente: (favor adjuntar copia de los mismos) _____
 Describir el plan de tratamiento a seguir y el monto de honorarios para su aprobación: _____
 Fecha de solicitud: _____
 Nombre del médico: _____ Firma y sello del médico: _____

AUTORIZACIÓN:(uso exclusivo de MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.)

Número de Autorización: _____

Honorarios aprobados: _____

Esquema de tratamiento:Solicitado / aprobado: _____

Observaciones: _____

Firma y sello: _____ Fecha: _____

Nota: El Asegurado deberá cancelar al Médico el _____ % del valor total del tratamiento.

INSTRUCCIONES PARA EL ASEGURADO

- 1 El asegurado deberá completar la Sección I y del Formulario de Autorización para Tratamiento Ambulatorio de Oncología.
- 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 Afiliado (Oncólogo) que complete la Sección II del formulario donde deberá indicar el tipo de tratamiento a seguir. **(esta sección deberá llevar la firma y sello del Médico).**
- 4 El formulario completado debidamente en las secciones I y II deberá ser enviado vía fax a la Aseguradora (o por intermedio de su corredor de seguros) para su debida aprobación.
- 5 La Aseguradora enviará vía fax la aprobación al Asegurado, así como al Oncólogo en un período de 5 días hábiles (este tiempo podrá reducirse en aquellos casos que el Médico lo considere necesario).
- 6 Al momento de finalizar cada tratamiento el Asegurado deberá cancelar el porcentaje que le corresponda del valor total de los honorarios pactados al Oncólogo (se le extenderá una factura por este concepto).