

**Formulario Único de Reclamación para Gastos Médicos y Dental | Pago Directo y Pago Convencional****PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE RECLAMACIÓN:**

1. El formulario debe presentarse en original para cualquier servicio requerido.
2. Favor completar con letra legible y de molde.
3. Si le falta espacio en cualquier sección, utilice otro formulario y adiciónelo a este.

No. 594,301**SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR**

Póliza _____ Certificado _____ Empresa Contratante _____
Tipo de Reclamo: Inicial ☐ Complemento ☐ Pago Directo ☐ Pago Convencional ☐
Nombre completo del Paciente _____
No. Celular _____ Correo Electrónico _____
Datos del Paciente: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Edad _____
Nombre del Asegurado Titular _____
Si su reclamo es Complemento, indique Diagnóstico: _____ No. Reclamo _____
Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar nombre del Padre o Encargado del Alumno a quién se debe emitir el pago: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los profesionales de la salud, otras personas que me atendieron y cualquier institución que suministren 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.

Fecha:

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO (Con letra legible)

Nombre completo del Paciente _____ Edad _____
Diagnóstico(s) completo(s):
1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____
Fecha de la primera consulta por esta condición _____
Esta incapacidad es de origen: Accidente ☐ Adquirido ☐ Dental ☐ Congénito ☐ Embarazo ☐
Tiempo de evolución de la incapacidad _____
Tratamiento suministrado _____ Fecha:

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada Si ☐ No ☐
Tiempo de incapacidad _____
Nombre del Médico u Odontólogo _____
Especialidad _____ Colegiado _____
Fecha en que atendió al paciente _____ Teléfono _____

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

SELLO DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

7^a. Avenida 5-10, zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 • Guatemala, C.A. • Código Postal 01004 • Apdo. Postal 2513 • PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 • www.elroble.com**Anexo Reclamo Consulta Externa | Pago Directo****No. 594,301****SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE Y ASEGURADO TITULAR**

Póliza _____ Certificado _____ Empresa Contratante _____
Datos del Paciente: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Edad _____
Nombre completo del Paciente _____
Diagnóstico Completo _____
Fecha de la primera consulta por esta condición _____
Nombre del médico _____
Especialidad _____ Colegiado _____
Fecha

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO | EXCLUSIVO PARA PAGO DIRECTO

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales

Nombre del Proveedor Afiliado

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 Anestesista

Otros

Observaciones:

Exámenes Especiales, Radiología, Laboratorios (Con letra legible)

Nombre del Proveedor Afiliado sugerido por el médico tratante:

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

Medicamentos (Con letra legible)

Nombre de la Farmacia Afiliada

	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							

Tratamiento Dental (Aplica para Pago Convencional y Pago Directo)

FECHA	DIENTE	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CARGO	USO ADMINISTRATIVO			
					I	II	III	IV
TOTALES								

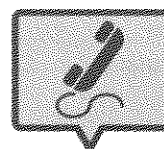
Por este medio manifiesto mi conformidad ante Seguros El Roble, S.A. de haber recibido en su totalidad, el tratamiento dental antes descrito por el Odontólogo Tratante.

Fecha:

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FIRMA DEL ASEGURADO Y/O PADRE DEL MENOR

- Debe dejar sin efecto (marcado con líneas) cualquier espacio no utilizado.



1797

Centro de Servicios y Autorizaciones Médicas:
24 hrs. del día, los 365 días del año