



EL ROBLE

Asegura lo que más quieres

Verificación Electrónica No. _____

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____ No. CELULAR: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____

1ER. NOMBRE

2DO. NOMBRE

1ER. APELLIDO

2DO. APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

1ER. NOMBRE

2DO. NOMBRE

1ER. APELLIDO

2DO. APELLIDO

EDAD _____ EMPRESA/PLAN _____

CARNÉ DPI

SECCIÓN B. Sección de Diagnóstico

FECHA DE EMISIÓN DE SOLICITUD _____

IMPRESIÓN CLÍNICA _____

FECHA ESTIMADA INICIO DE ENFERMEDAD _____

FECHA DE LA PRIMER VISITA POR ESTA ENFERMEDAD _____

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI FECHA _____ NO

HISTORIA CLÍNICA _____

SECCIÓN C. Procedimientos

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	REGIÓN	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
Tomografía	72000	<input type="checkbox"/>	Monitoreo de presión arterial de 24 hrs	93784
Resonancia Magnética	76270	<input type="checkbox"/>	Ph Metría	ESD007
Ultrasonido Obstétrico	76805	<input type="checkbox"/>	Potenciales Evocados	ESD010
Densitometría Ósea	893901	<input type="checkbox"/>	Potenciales Somatosensoriales	ESD013
Doppler		<input type="checkbox"/>	Potenciales Auditivos	
Gatroscofia	GAS001	<input type="checkbox"/>	Potenciales Visuales	ESD012
Colonoscopia	GAS002	<input type="checkbox"/>	Potenciales de Tallo Cerebral	ESD011
Aparato Holter	93230	<input type="checkbox"/>	Electromiograma	95860
Manometría Esofágica	ESD003	<input type="checkbox"/>	Centellograma	78306
Manometría Rectal	ESD004	<input type="checkbox"/>	Ecocardiograma	93307
Mapeo Cerebral	ESD009	<input type="checkbox"/>	Densitometría Ósea Completa	ESD128
Polisomnografía	ESD015	<input type="checkbox"/>	Prueba de Antígeno SARS-COV-2	993930
Panel de Alérgenos Alimenticios	950042	<input type="checkbox"/>	Prueba Molecular PCR (SARS-COV-2 ARN VIRAL)	993931
Panel de Alérgenos Inhalados/ Panel de Alérgenos Inhalante	950046	<input type="checkbox"/>	Panel Respiratorio + PCR SARS COV-2	993932
Otros		<input type="checkbox"/>		

ADJUNTAR RESULTADO DE EXAMEN (ES) QUE RESPALDE (N) EL PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE

SECCIÓN D. Fisioterapias

PROVEEDOR PROPUESTO _____

DIAGNÓSTICO _____

TIEMPO DE EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS _____

LA DOLENCIA ES DE ORIGEN CONGÉNITO SI NO

SI SE PRACTICÓ CIRUGÍA, INDIQUE FECHA Y LUGAR _____

SI SE RECIBIÓ TRATAMIENTO PREVIO POR ESTE DIAGNÓSTICO INDIQUE CUANDO _____

NÚMERO DE TERAPIAS SOLICITADAS

OBSERVACIONES _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

COLEGIADO NO. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:

****ESTE FORMULARIO TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN****

MEDIANTE EL USO Y PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO OTORGO AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, LABORATORIO, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y OTRAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONE A SEGUROS EL ROBLE S.A Y/O AL CONTRATANTE, CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS) CON RESPECTO A TRATAMIENTOS O SERVICIOS PRESTADOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES.

ESTOS EXAMENES REQUIEREN PRE-AUTORIZACIÓN

"Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los Médicos, Hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a SEGUROS EL ROBLE, S.A., cualquier información relacionada con el expediente médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente. Asimismo, declaro estar enterado de la aplicación del Artículo 915 (Extinción de Responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala"

PUNTOS A CONSIDERAR PARA PRESTAR EL SERVICIO

DIAGNÓSTICOS NO CUBIERTOS

- Anovulación
- Alopecia Androgénica
- Déficit de atención
- Talla corta / Retraso de crecimiento
- Hipogonadismo
- Obesidad / Sobrepeso
- Fatiga crónica
- Menopausia
- Climaterio
- Andropausia
- Eyaculación precoz
- Retraso sexual
- Disfunción erectil
- Disfunción Testicular
- Tratamiento dental
- Control niño sano / control pediátrico
- Chequeo o pruebas a donador
- Gingivitis
- Queratocono
- Problemas de refractarios (miopía, astigmatismo, presbicia, emotropía, etc.)
- Hipogonadismo
- Infertilidad
- Planificación familiar
- Pruebas pre-concepcionales
- Temporo Mandibular (ATM)
- Control Anual
- Exámenes de carácter preventivo
- Chequeo médico de cualquier índole (matrimonial, ginecológico, oftalmológico, etc.)

DIAGNÓSTICOS QUE REQUIEREN CONFIRMACIÓN DE COBERTURA CON MEDIPRICESOS

- Embarazo en curso
- Pubertad precoz
- Acné
- Astenia
- Exámenes dirigidos a feto
- Pie plano
- Apnea de sueño
- Diagnósticos de tipo congénito o genético
- COVID-19

PRUEBAS SIN COBERTURA

- Espermograma
- Histerosalpingograma
- Hormona Antimulleriana

OTRAS INDICACIONES

PACIENTE

- Presentar carné de identificación físico o APP.
- Presentar DPI (en caso de no contar con el mismo presentar licencia, pasaporte y en último caso carné físico). En caso de menores de edad, presentar documento de la persona encargada.
- **Previo a presentarse al proveedor de su elección, confirme si realiza las pruebas ordenadas en el formulario y si necesita alguna preparación previa.**
- Presentar una de las siguientes opciones:
 - 1. Formulario original:** Requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
 - 2. Autorización:** No requiere revisión por parte del proveedor para confirmar cobertura.
 - 3. Código y pin de formulario electrónico:** El formulario está sujeto a revisión por parte del proveedor.

MÉDICO

- Indicar al paciente si necesita alguna preparación previa a la realización de algún examen especial
- Al extender formulario físico cumplir con lo siguiente:
 - 1. Llenar con letra legible**
 - 2. Colocar nombre, firma y sello**

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- Únicamente médicos afiliados a Roblered podrán solicitar procedimientos especiales de diagnóstico
- Solicitar los requisitos que debe presentar el paciente
- Sacar copia de DPI o, en su defecto, copia de otro documento de identificación (En caso de menores de edad, solicitar documento de la persona encargada)