

RECETA DE MEDICAMENTOS

SECCIÓN I: Para ser completada por el asegurado titular

Nombre del Asegurado Titular: _____ Inicio de Vigencia: _____

Contratante: _____ Póliza: _____ Certificado: _____

Nombre del Paciente: _____ Inicio de Vigencia: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Parentesco: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fecha: _____

Firma del Asegurado Titular

SECCIÓN II: Para ser completada por médico tratante

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Proveedor Afiliado: _____

Fecha de inicio de enfermedad según su criterio médico: _____ Fecha de Consulta: _____

Cantidad	Medicamento	Genérico	Presentación	Dosis	Días

Médico Tratante: _____ Especialidad: _____

Colegiado No.: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Firma y Sello médico tratante

Fecha

Procedimiento:

- Solicita al médico afiliado que complete, firme y selle el formulario.
- Envía formulario completo a Cabina de Gastos Médicos, por fax al número 2389-2999, o correo electrónico a autorizaciones.cabina@aseguradorarural.com.gt
- Cabina de Gastos Médicos se comunicará contigo para confirmar la recepción del formulario.
- Al recibir la autorización de Cabina, puedes presentarte en la farmacia indicada en el formulario.
- Presenta receta original de medicamentos, autorización, carnet del seguro y documento de identificación.
- Después de recibir los medicamentos autorizados, deberás cancelar el monto correspondiente al porcentaje indicado en la autorización.
- Recuerda firmar la autorización al recibir tus medicamentos.

Solicitud deberá ser completada únicamente por médicos afiliados a ASEGURADORA RURAL S.A.

Esta receta tiene validez de 10 días hábiles para el trámite de autorización