



RECETA DE MEDICAMENTOS

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. Información a ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE CONSULTA _____ FECHA ESTIMADA DE ENFERMEDAD _____

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI ☐ FECHA _____ NO ☐

DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO
DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO
DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO
DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO
DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

NO. DE MEDICAMENTOS ORDENADOS _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO NO. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:
ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ DE 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE SU EMISION
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.

“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”

MECANISMO PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS SIN PREVIA AUTORIZACIÓN

ANTES DE UTILIZAR ESTE MECANISMO CONSULTE CON SU EMPRESA O CORREDOR DE SEGUROS, NO TODOS LOS AFILIADOS PUEDEN HACER USO DE ESTE SERVICIO

RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL MÉDICO, PACIENTE Y FARMACIA

LIMITACIONES:

Medicamentos con limitaciones de cobertura que no pueden ser despachados sin previa autorización

- De origen natural
- Preventivos (Profilácticos)
- Hormonales y para ovulación
- De origen psiquiátrico (Tranquilizantes, ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, inductores del sueño, psicoestimulantes, etc.)
- De tipo cosmético (Hidratantes, humectantes, limpiadoras, protectores solares, despigmentantes, dermoprotectores, emolientes, etc.)
- Productos de venta popular (Alcohol isopropílico, agua oxigenada, Alka seltzer, Sal Andrews etc.)
- Vitaminas y minerales
- Reconstituyente, bioenergizantes y suplementos alimenticios
- Vacunas e Inmunoestimulantes
- Estimulantes o depresores del apetito
- Alimentación especial, leches
- Lubricantes vaginales
- Anticonceptivos
- Productos de laboratorios de medicina alternativa

DIAGNÓSTICOS QUE NO SE PUEDEN DESPACHAR POR MÉTODO EXPRESS

- Sobrepeso y Obesidad
- Impotencia Sexual / Disfunción Eréctil
- Acné
- Fertilidad
- Cáncer (Ca, Neoplasia, Malignidad)
- Calvicie o Alopecia (Tratamiento para la caída del cabello)
- Maternidad: Embarazo, gestación anembriónico, gemelar, hiperemesis gravídica.
- Post-Cesárea (Post-CSTP, Pos-Cs), Post-Parto (Post-PES, Post-PDS) o Post-Legrado (Post-LIU, Post-AMEU)
- Parto Prematuro (APP)
- Planificación Familiar, Post cirugías esterilizantes, Post Vasectomía o Post Obliteración Tubárica Bilateral (Pomeroy)
- Crisis de Ansiedad
- Problemas de la visión, Astigmatismo, Miopía, Hipermetropía, Presbicia
- Pie Plano
- Hiperlipidemia familiar
- Post Dilatación y Curetaje
- Melasma, Cloasma
- Menopausia (Climaterio) y Andropausia
- Cicatriz Queloide
- Disfunción de Articulación Temporo Mandibular, Disfunción ATM, Luxación (o Subluxación) Mandibular o de Mandíbula, Bruxismo o Disfunción Cráneo Maxilar
- Pubertad Precoz y/o Talla Corta
- Abscesos dentales, Gingivitis y Pulpitis
- Aborto (Ab)
- Amenaza de Aborto (Amenaza Ab)
- Puerperio
- Osteopenia, Osteoporosis
- Covid-19

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS:

- Synvisc
- Olter
- Bonviva
- Lucrin Depot
- Ferinject
- Eritropoyetina
- Aclasta
- Invanz
- Filgastrim
- Clexane

OTRAS INDICACIONES

PACIENTE

- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.
- Para consultar proveedores visite nuestra página www.elroble.com, APP o bien consulte con su corredor de seguros.
- Presentar Carné de Identificación o APP
- Presentar formulario original
- Completar la sección “A” con los datos generales

MÉDICO

- Indicar el número de medicamentos ordenados y anular los campos que no utilice.
- Ordenar únicamente medicamentos relacionados directamente con el diagnóstico.
- Llenar el formulario con letra legible
- Indicar miligramaje
- Indicar dosis y periodicidad
- Colocar nombre, firma y sello