



MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)

Municipio San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

REPORTE DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Póliza Afectada

Póliza Actual

No. de Riesgo

No. Siniestro

PARA EVITAR DEMDRAS ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD. Entregue este cuestionario, totalmente requisitado por usted y su médico tratante, a Mapfre Tepeyac, S.A. antes de programar su intervención quirúrgica o tratamiento.

DATOS GENERALES

Nombre del contratante

Teléfono

R.F.C.:

Dirección

Nombre del Paciente:

Edad:

Sexo:

Teléfono

R.F.C.:

Estado Civil:

Peso:

Se trata de:

Accidente Enfermedad Embarazo

Fecha en que se atendió por primera vez:

Fecha en que iniciaron sus síntomas:

Nombre de la enfermedad o naturaleza del accidente:

Si es accidente, detalla cómo y dónde ocurrió:

¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)

Nombre del Hospital donde se atendió:

Dirección:

Teléfono:

R.F.C.:

Fecha de Ingreso:

Población:

Estado:

Fecha de Egreso:

Colonia:

Código Postal:

No. de días hospitalizado:

¿Ha estado enfermo de un padecimiento igual o similar?

SI NO

Tratamiento

Médico Quirúrgico

Autorizo al hospital y a el (los) doctor(es) que me atiende(n) a proporcionar copia de la historia clínica e información que le sea solicitada por Mapfre Tepeyac, S.A. en relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.

Noviembre/2002

Fecha en a de del

DENUNCIA ANÓNIMA: Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en www.mapfre.com.mx (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx

"Esta forma deberá ser requisitada y firmada por el asegurado sea cual fuere el importe de los gastos que se reclaman"

Firma del Asegurado

**RELACIÓN DE GASTOS NO CUBIERTOS POR MAPFRE, S.A.**

· Agua embotellada.	· Peine.
· Alimentos de acompañantes.	· Peluquería, barbería y pedicurista.
· Alimentos extras del paciente.	· Perfumes.
· Almohadas.	· Rastrillos y/o navajas de uso personal.
· Artículos de tabaquería.	· Regalos.
· Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.	· Reposición de prótesis.
· Cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico, estados de depresión o nerviosos, histeria, nerviosos, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje y alteraciones del sueño, cualquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.	· Revistas.
	· Sábana térmica (una por asegurado).
	· Servicio de librería y/o periódicos.
	· Servicio de restaurante y cafetería.
	· Servicio fotográfico.
· Cassettes, control de televisión.	· Shampoo.
· Cepillo dental.	· Talco.
· Control eléctrico.	· Termómetro (uno por persona).
· Cómodo o pato desechable (uno por asegurado).	· Toallas.
· Compra o renta de video.	· Toallas sanitarias (previa autorización).
· Cosméticos.	
· Cotonetes y/o aplicadores.	<b>RECIEN NACIDO:</b>
· Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad, infertilidad y/o esterilidad así como sus complicaciones, entendiéndose como este tipo de tratamientos, el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos involuntarios.	· Aceite.
	· Crema.
	· Esponja.
	· Fotografía del bebé.
	· Jabón.
	· Juguetes.
· Cremas.	· Konakion (solo autorización para cobertura del recién nacido)
· Desodorantes.	· Pañales.
· Días de estancia adicionales a los autorizados.	· Tira leche.
· Dulces.	· Talco.
· Enjuague.	· Pomadas.
· Estacionamiento.	· Perforaciones de lóbulo.
· Estudios auxiliares al diagnóstico autorizado.	· Trámites del registro civil.
· Exceder de habitación estándar.	· Gastos no autorizados por el médico dictaminador de MAPFRE.
· Fianza.	· Gastos no correspondientes al padecimiento.
· Flores.	
· Gasolina.	
· Exámenes de V.I.H.	<b>Otro gasto no cubierto por el médico dictaminador de MAPFRE.</b>
· Lociones corporales.	
· Llamadas telefónicas.	
· Media elástica.	
· Medias Ted. (previa autorización).	
· Neosporin.	
· Orinal desechable.	
· Pantuflas.	
· Pañal adulto (previa autorización).	
· Paquete de admisión.	
· Pasta dental.	
· Pañuelos desechables.	