



MAPFRE TEPEYAC, S.A.
Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Mpo. 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 DEMORAS 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:										Fecha en que se atendió por primera vez:			día	mes	año
Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>										Fecha en que iniciaron sus síntomas:			día	mes	año
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:		día	mes	año			
Población: _____				Estado: _____				Fecha de egreso:		día	mes	año			
Colonia: _____				Código Postal: _____				No. de días de hospitalizado: _____							
¿Ha estado antes enfermo de un padecimiento igual o similar?								Tratamiento:							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								Médico <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/>							
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

SAAE-509

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

- Agua embotellada
- Alimentos de acompañantes
- Alimentos extras del paciente
- Almohadas
- Artículos de tabaquería
- Batas
- Caja fuerte
- Cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje y alteraciones del sueño cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.

- Cassettes, control de televisión
- Cepillo dental
- Cójín eléctrico
- Cómodo o pato desechable (uno por asegurado)
- Compra o renta de video
- Cosméticos
- Cotonetes y/o aplicadores
- 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.

- Cremas
- Desodorantes
- Días de estancia adicionales a los autorizados
- Dulces
- Enjuague
- Estacionamiento
- Estudios auxiliares al diagnóstico autorizado
- Exceder de habitación estándar
- Fianza
- Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos
- Flores
- Reposición de prótesis
- Gasolina
- Exámenes de V.I.H.
- 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

- Peine
- Peluquería, barbería y pedicurista
- Perfumes
- Rastrillos y/o navajas de uso personal
- Regalos
- Revistas
- Sábana térmica (una por asegurado)
- Servicio de librería, periódicos
- Servicio de Restaurantes y cafetería
- Servicio fotográfico
- Shampoo
- Talco
- Termómetro (uno por persona)
- Toallas
- Toallas sanitarias (previa autorización)

Recién Nacido

- Aceite
- Crema
- Esponja
- Fotografía del bebé
- Jabón
- Juguetes
- Konakion (solo autorización por cobertura de recién nacido)
- Pañales
- Tiraleches
- Talco
- Pomadas
- Perforaciones de lóbulo
- Trámites de registro civil
- Gastos no autorizados por el médico supervisor
- Gastos no correspondientes al padecimiento

Otro gastos no cubiertos por el médico supervisor: