

SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO DIRECTO PARA ENTREGA DE MEDICINAS

SECCION I: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

Yo _____ asegurado bajo la póliza No. _____ Certificado: _____
 Contratada por la Empresa _____ con certificado No. _____
 Por este medio acepto los cargos que se me apliquen por concepto de medicamentos suministrados para mi persona y/o dependientes detallados en la sección II del presente formulario y reconozco mi responsabilidad en pagar estos medicamentos en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza contratada. Así mismo de constatarse que dicha póliza ya no se encuentra en vigor o de no encontrarme como empleado activo de la empresa me responsabilizo a cubrir a la farmacia los gastos incurridos. Al mismo tiempo extendiendo a SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. el más amplio y total finiquito por el pago que en mi nombre efectúe a la Farmacia indicada, al llegar a comprobarse la elegibilidad y cobertura.

TELEFONOS _____

FECHA _____

FIRMA DEL EMPLEADO _____

SECCION II: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE:

Estimado (a) Dr. (a): por favor anotar con letra legible toda la información solicitada y especificar detalladamente la presentación del medicamento, dosis y tiempo de tratamiento. Por favor completar una receta por diagnóstico.

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo _____

Fecha de Primera Consulta: _____ Diagnóstico: _____

Fecha de Aparecimiento de los Primeros Síntomas: _____

Cantidad	Nombre Comercial	Genérico	Presentación	Dosis/ Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Precio
TOTAL MEDICINAS						
(-) TOTAL A PAGAR ASEGURADO						
TOTAL A PAGAR SEGUROS AGROMERCANTIL, S. A.						

Nombre y Sello del Médico _____

Dirección y Teléfono _____

Fecha _____

Autorizo, bajo decisión del paciente, la compra de genérico de calidad del medicamento recetado.

ESTA RECETA POR MEDICAMENTOS ES VALIDA POR UN TÉRMINO DE 15 DIAS DESPUES DE LA FECHA DE AUTORIZACION DEL CONTRATANTE

SECCION I: USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AGROMERCANTIL, S. A.:

Autorizado por: _____ Firma y sello: _____ Fecha: _____ No. autorización: _____

Medicina no autorizada: _____

Copago: De Marca: _____ Genérico: _____

Señores farmacias: Favor de entregar los medicamentos y cantidades especificadas.

(LA PRESENTE AUTORIZACION TIENE VALIDEZ 10 DIAS CALENDARIO DE VIGENCIA A PARTIR DE FECHA DE AUTORIZACION).

SECCION II: PARA USO EXCLUSIVO DEL RESPONSABLE DE LA SUCURSAL DE LA FARMACIA:

Sucursal que despachó los medicamentos: _____ Fecha y hora de entrega de medicamentos: _____

Nombre de la persona que entrega los medicamentos: _____ Sello de la Farmacia: _____

SECCION III: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

Recibí de Farmacias _____ los medicamentos y cantidades arriba descritos:

Fecha _____

Nombre y Firma del Asegurado _____

No. de Cédula _____