



SECCION I (A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO)

Yo _____ asegurado bajo la Póliza No. _____
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.

Reconociendo 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 dentro de la empresa me responsabilizo a cubrir a la Farmacia el costo de los medicamentos suministrados.

CEDULA: _____ TELEFONOS: _____ DOMICILIO: _____ OFICINA: _____
DIRECCIÓN DOMICILIO: _____ FECHA: _____
NOMBRE DE SU FACTURA (20%) _____ NIT: _____

Vo. Bo. _____
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA FIRMA DEL ASEGURADO

DESCRIPCION DE MEDICAMENTOS RECETADOS

SECCION II (A SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE)

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del familiar dependiente: _____

Fecha inicio de la Incapacidad o dolencia: _____

Diagnóstico: _____

Completar con letra clara y legible en todos los espacios.

Nombre del Medicamento: _____ Nombre Genérico: _____ Dosis: _____ Diarias. Cada _____ Horas Durante: () Días () Semanas () Indefinido	Nombre del Medicamento: _____ Nombre Genérico: _____ Dosis: _____ Diarias. Cada _____ Horas Durante: () Días () Semanas () Indefinido
Nombre del Medicamento: _____ Nombre Genérico: _____ Dosis: _____ Diarias. Cada _____ Horas Durante: () Días () Semanas () Indefinido	Nombre del Medicamento: _____ Nombre Genérico: _____ Dosis: _____ Diarias. Cada _____ Horas Durante: () Días () Semanas () Indefinido
Nombre del Médico tratante: _____ Teléfono: _____	Firma y sello del Médico: _____

Los medicamentos arriba recetados tienen 10 días hábiles para trámite de autorización.

Este es un valor agregado que Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales ofrece a sus asegurados, para facilitar la adquisición de medicamentos con ciertos proveedores afiliados, por lo tanto no es responsabilidad de la compañía la falta de existencia del producto, quedando el asegurado en libertad de adquirirlo con otro proveedor y presentar su gasto posteriormente bajo el sistema de reembolso convencional. La emisión de la autorización no garantiza la disponibilidad de medicina.

INSTRUCCIONES PARA EL ASEGURADO:

1. El asegurado deberá completar la Sección I del Formulario de Pre-autorización de Medicamentos.
2. Se deberá solicitar a la empresa contratante firma y sello del Depto. De R.R.H.H.
3. El Asegurado deberá solicitar al Médico tratante que complete la Sección II del formulario en donde deberá indicar el nombre de los medicamentos que están siendo recetados con su respectiva dosis y tiempo de duración del tratamiento. **(esta sección deberá llevar la firma y sello del Médico tratante)**
4. **El formulario debidamente completado en las secciones I y II deberá ser enviado vía fax a Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales (o por intermedio de su corredor de seguros) para la aprobación de los medicamentos respectivos.**
5. **Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales enviará vía fax la aprobación al Asegurado en un período aproximado de 24 horas hábiles así como a la Farmacia para la respectiva entrega de la forma seleccionada en la Sección I del presente formulario.**
6. Al momento de recibir el medicamento el asegurado deberá presentar:
 - a. Carné vigente y otro documento de identificación con fotografía.
 - b. Carta fax de Autorización de Medicamentos (emitida por Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales)
 - c. Cancelar en efectivo el 20% del valor total del mismo (el Proveedor le extenderá una factura por la cantidad respectiva).