



**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.

Al mismo tiempo, extendiendo a Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales el más amplio y total finiquito por el pago que en mi nombre efectúe a la Farmacia arriba mencionada, al llegar a comprobarse la elegibilidad y cobertura.

CEDULA: \_\_\_\_\_ TELEFONOS: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_ OFICINA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DOMICILIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU FACTURA (20%) \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

Vo. Bo. \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

FIRMA DEL ASEGURADO

Forma entrega de Medicamentos :  En oficinas Empresa Contratante, dirección: \_\_\_\_\_

Entrega en Farmacia

**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: \_\_\_\_\_

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: _____

Para uso exclusivo de Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales:

AUTORIZACION No. \_\_\_\_\_ Los medicamentos antes mencionados ( ) si ( ) no son aprobados

**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.**

## 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 (color verde o azul) 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).

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**CODIGO INTERNO**

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de autorización Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales