

SEGURO VIDA Y MEDICO COLPROFORH

PRESENTACION DE BENEFICIOS 2025





Suma Asegurada Básica:

L 25,000.00

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

En caso de muerte natural de algún Asegurado, la compañía de seguros pagará la suma asegurada básica.



Otras Coberturas

DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL:

En caso de muerte accidental de algún Asegurado, se pagará el doble de la suma básica asegurada.

DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL:

Se pagará una indemnización de acuerdo con la tabla de incapacidades (Según tabla del código de trabajo Art. 454). Cobertura habilitada hasta los 70 años.

TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CALIFICADO:

Si el accidente es calificado se pagará el triple de la suma básica asegurada. Cobertura habilitada hasta los 70 años.

Otras Coberturas

PAGO ANTICIPADO DE LA S.A. POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Seguros Crefisa le otorgará el 100% de la suma asegurada pagado en una sola cuota.

GASTOS FÚNEBRES:

Se otorgará el beneficio hasta la cantidad de L.25,000.00.

SEGURO MEDICO

Los gastos médicos, razonables en su cuantía y acostumbrados para cada tratamiento por enfermedad o accidente.

- Enfermedades
- Emergencias
- Accidentes
- Tratamientos
- Cirugías Programadas

Seguro Medico



Cobertura Geográfica: Centroamerica
Máximo Vitalicio L 500,000.00

Es la cantidad máxima contratada que será reembolsada a cada asegurado durante la vigencia de la cobertura.

Coberturas

- Periodo máximo para presentar reclamos médicos: **6 meses**.
- AYUDA OFTALMOLOGICA: L. 4,000.00 al 100%, (únicamente para el asegurado Titular, con período de espera de 12 meses)
- Extracción de las terceras molares impactadas con la presentación de placas pre y post operatorias con un límite de L. 3,200.00 cada una
- Gastos de psiquiatría por Hospitalizaciones.
- Control ginecológico 2 veces al año.
- Examen de mamografía para mujeres mayores de 35 años una vez al año
- Examen Prostático una vez al año para los hombres mayores de 40 años de edad
- Procedimiento quirúrgico de vasectomía para el hombre y salpingectomía para la mujer.
- Gastos de psiquiatría ambulatoria hasta un máximo de 12 consultas por año L.1,000.00 c/u
- Terapias de rehabilitación física.
- Ambulancia terrestre y aérea en Centro América hasta L. 200,000.00
- Zapatos ortopédicos necesarios para los hijos menores de 14 años, un par por año.

Coberturas

- Transporte en ambulancia: Terrestre o Aérea debidamente recomendadas y autorizadas por el médico tratante, dentro del Territorio Centroamericano excluyendo Belice y Panamá, y hasta un límite de **US\$1,000.00 por evento**, hacia o desde el hospital o clínica.
- Para el diagnóstico de COVID-19 los que tengan el esquema completo de vacunación: para los primeros 60 días con un sublímite de **L. 350,000.00** y después como cualquier otra enfermedad. Para los no vacunados: 60 días de periodo de espera
- Cobertura gratis para familiares dependientes: En caso de fallecimiento del asegurado principal se concederá la continuidad de seguro para los familiares dependientes durante el periodo del año póliza en que ocurra el fallecimiento sin costo alguno para ellos.
- Control de niño sano y vacuna de acuerdo al cuadro de salud pública hasta el cumplimiento de los 10 años de edad.
- **Se establece un periodo de 12 meses de espera para las condiciones preexistentes y las enfermedades crónicas degenerativas.**



Consulta Médica Ambulatoria:

Medico General

L1,000.00

Medico Especialista

L1,400.00

Medico Neurólogo y Cardiólogo

L1,400.00

Red de Proveedores

Red de Hospitales

80/20%

Red de Farmacias

80/20%

Red de Médicos Especialistas

Si aplica

Red de Laboratorios

80/20

Ashonplafa

Pagando solamente

copago de 20%

EPS Medical



Servicio de Asistencia Médica Primaria

SEGURO VIDA Y MEDICO COLPROFORH

RECLAMOS MEDICOS, RED Y PRECERTIFICACIONES





Red de Proveedores



Hospitales



Farmacias



Médicos
Especialistas



Laboratorios



Asistencia Médica
Primaria

Farmacias a nivel nacional



Requisitos:

- Presentar tarjeta de identidad
- Carnet digital
- Receta en papel membretado, con los medicamentos recetados, firma y sello del doctor en ambas caras de la receta y que en la parte trasera también indique el diagnostico.

Medicamentos sin cobertura por medio de la Red de Farmacias:

- Vacunas de Cualquier tipo
- Hormonas
- Irrigadores cerebrales
- Impotencia sexual o disfunción eréctil
- Tratamientos para Menopausia
- Materiales descartables (jeringas, algodón, etc.)
- Productos Naturales
- Alimentación especial (leches y otros)
- Medicamentos para tratamientos de Acné
- Anti-asténicos
- Medicamentos prescritos por médicos odontólogos
- Anticonceptivos
- Productos dermatológicos de uso externo
- Antidepresivos, ansiolíticos, fatiga, tranquilizantes y stress
- Productos para la caída del cabello
- Control de peso (subir o bajar de peso)
- Protectores solares
- Despigmentación y Sobre pigmentación
- Pruebas de embarazo
- Equipos Médicos (Cualquier tipo)
- Psicoestimulantes
- Estimulantes o disminuyentes del apetito
- Todo producto que no cumpla con la definición de medicamento
- Inductores para el sueño
- Otros Productos (Higiene, cosméticos, pañales, revistas, etc.)
- Lágrimas naturales o artificiales
- Vitaminas de cualquier tipo y Zinc
- Suplementos alimenticios de cualquier tipo
- Calcio
- Medicamentos No Aprobados por la FDA
- Medicamentos recetados por Embarazo
- Medicamentos prescritos por odontólogos o dentistas
- Medicamentos para tratamiento del acné.
- Cintas para medir glucosa

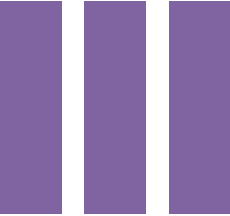


**RED DE HOSPITALES A
NIVEL NACIONAL**

Condiciones Consideradas Emergencia

Podrán hacer uso de la de la red de proveedores que SEGUROS CREFISA ha puesto a disposición de los asegurados las atenciones brindadas en la sala de emergencia que se presenten en las primeras 24 horas de sus manifestaciones y que sean a consecuencia de las condiciones seguidamente descritas:

- Crisis Hipertensiva y todas sus manifestaciones.
- Mordedura de animales
- Evento Cerebro Vascular
- Politraumatismos
- Heridas provocadas por objetos cortantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego
- Dolor Precordial (primeras 12 horas)
- Dolor Abdominal Agudo
- Fiebre alta continua mayor de 38
- Pérdida de conocimiento u obnubilación (síncope de leve a severo)
- Cólico Biliar
- Cólico Nefro ureteral
- Esguinces y/o luxaciones
- Quemaduras ocasionadas por cualquier tipo de agentes
- Fracturas
- Intoxicación Aguda, exceptuando por etilismo agudo y/o drogas ilícitas
- Hemorragias
- Trombosis
- Cefalea de moderada o severa
- Convulsiones
- Reacción Alérgica Aguda
- Retención Aguda de Orina
- Cuerpo extraño en ojos, nariz, garganta y oídos
- Deshidratación moderada-severa por vomito y/o diarrea
- Infarto del Miocardio
- Episodios neurológicos agudos (Neuralgias periféricas agudas)
- Estados de choque de cualquier orden
- Angina de Pecho
- Coma
- Síndrome vertiginoso.
- Crisis Asmática.
- Insuficiencia Respiratoria Severa, cualquiera que sea su etiología



RED DE HOSPITALES A NIVEL NACIONAL

La Lima, Cortés	La Lima Medical Center
Puerto Cortés	Policlínica Porteña
	Hospital del Caribe
	Centro Médico de Cortés
Tela	Centro Médico Lancetilla (CML)
El Progreso	Clínica Médica Cristiana
	Clínica Médica Los Ángeles
Olanchito, Yoro	Clínicas Médicas Olanchito
La Ceiba, Atlántida	Hospital Vicente D'Antoni
	Hospital Euro Honduras
	Hospicentro OKEN'S
	Medicentro (Los exámenes especiales)
	Radiomed
Roatán, Islas De La Bahía	Hospital CEMESA
Tocoa, Colón	Hospital del Aguán
	Hospimes
Sonaguera, Colón	Complejo Médico La Trinidad
Santa Rosa De Copán, Copán	Hospital Santa Teresa (HOSPIMESAT)
	Hospital Médico Quirúrgico (C.M.Q.)
Ocotepeque	Clínicas Médicas Climedi
Gracias, Lempira	Clínica San Lucas
Esquipulas, Guatemala	Hospital de Especialidades Esquipulas
El Salvador	Hospital de Diagnóstico Escalón
	Hospital de Diagnóstico Colonia Médica



REGION I

Alameda	2232-3959
Belen	9438-2103
La Granja	9456-6808
Loarque	9456-1012
Midence Soto	9455-8101
Kennedy	9452-9727
Danli	2763-2967
Comayagua	2771-7320
Marcala	2764-5836
Siguatopeque	2773-5535



REGION IV

La Ceiba	2443-6087
Tocoa	2444-2626
Hospital Suizo	2441-1414



REGION III

Choluteca	2782-0648
San Lorenzo	2782-0648



REGION VI

Juticalpa	2785-2782
Catacamas	2799-1185



REGION II

Barandillas	2552-3072
	2557-8005
El Progreso	2647-5751
Villanueva	2670-6613
Choloma	2669-0843
Satelite	2559-9644
Plaza del Sol	2550-3580
Puerto Cortes	2665-5124



REGION V

Santa Rosa de Copan	2662-0920
La Entrada Copan	2661-3406
Santa Barbara	2643-3032
San Marcos de Ocotepeque	2663-4523

CONSULTA MÉDICA **Gratis**

- Consulta Médico General
- Video Consulta
- Atención Médica 24/7 (TGU y SPS)
- Call Center 24/7
- Medicamento de Choque
- Medicamento de 1 a 3 días
- Visita Domiciliaria (TGU y SPS)
- Traslados en Ambulancia (TGU y SPS)

Visita cualquiera
de nuestras
16 clínicas a
nivel nacional

CallCenter 24/7

2263-1111 (1106) 

9437-8170 

www.grupoeps.hn 

grupo.eps 



VÁLIDO PARA AFILIADOS A EPS CON:



SEGUROS
CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

¿COMO PRESENTAR RECLAMOS MEDICOS?

Adjuntar Documentos: reclamosmedicos2@tecniseguros.com.hn

- Formulario lleno parte frontal por el asegurado titular y la parte de atrás llenada y firmada por el medico.
- Recibos de consulta y honorarios médicos con firma y sello del medico y con el régimen fiscal (RTN y CAI).
- Recetas firmada y sellada por el medico membretadas.
- Ticket/Facturas (electrónica) de farmacias con sello de pagado que detalle nombre paciente, detalle de cada medicamentos con el valor pagado.
- Ordenes de exámenes con firma y sello de medico.
- Recibo de pago de laboratorio o hospital desglosando los servicios y costos.
- Cualquier documento adicional que pueda sustentar un gasto medico.
- **Nota: todo documento debe de venir a nombre del paciente reclamante**

FORMULARIO DE RECLAMOS MEDICOS



APARTADO POSTAL N° 3774
TE.: 238-1750 - FAX: 238-1714
TEGUCIGALPA, HONDURAS

FORMULARIO DE RECLAMACION INFORME DEL ASEGURADO

Para evitar demoras innecesarias, conteste cada una de las preguntas descritas en el formulario.

Este cuestionario se contesta y se entrega a SEGUROS CREFISA, S. A. en relación con una reclamación derivada del contrato contenido en

POLIZA N° _____ CONTRATANTE _____ N° CERTIF. _____

Nombre del Asegurado	Número de Identidad <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			Edad
Nombre del Paciente	Parentesco con el Asegurado	Edad																		
Hora y fecha que ocurrió el accidente ó en que aparecieron los síntomas de la enfermedad <table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO				Fecha de la primera consulta <table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO									
DIA	MES	AÑO																		
DIA	MES	AÑO																		

¿Cuál fué el accidente ó enfermedad? Si fue enfermedad, ¿Cuáles fueron los síntomas?

Si es accidente detállese, ¿Cómo y dónde ocurrió?

Describe las lesiones sufridas a consecuencia del accidente

FORMULARIO DE RECLAMOS MEDICOS

Nombre y Dirección de los Testigos que presenciaron el accidente					Teléfono			
Si estuvo hospitalizado, dígame el nombre del hospital					¿Días que estuvo hospitalizado?			
¿Si después de ser hospitalizado quedó incapacitado parcialmente para desempeñar las labores propias de su ocupación, dígame cuánto tiempo?					DESDE		HASTA	
					DIA	MES	AÑO	DIA
¿Tiene el afectado algún otro Seguro contra Accidentes o enfermedades? (Sirvase citar La Compañía y N° Póliza) _____								

¿Cuántas reclamaciones ha presentado la persona afectada durante la vigencia de esta Póliza? _____								
Nombre y Dirección del (los) Médico (s) que atendieron al reclamante					Teléfono			
Nombre		Dirección						
Certifico que las respuestas anteriores son veraces y correctas a mi conocimiento y por este medio autorizo a todos los Doctores o a cualesquiera otra persona que me examinaron, así como los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa a SEGUROS CREFISA, S. A., en relación con este reclamo.								
Lugar y Fecha				Firma del Reclamante o Titular				
Forma P.G.M. - 002								

FORMULARIO DE RECLAMOS MEDICOS

INFORME DEL MEDICO

Nombre completo del paciente	Edad												
Describa ampliamente el diagnóstico de la enfermedad o lesión encontrada y las complicaciones si las hubiere:													
En caso de paciente femenina ¿Se debe este diagnóstico a EMBARAZO? SI ☐ NO ☐													
Edad gestacional por F.U.M. _____													
¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente?	Indique la fecha de la primera consulta:												
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px 10px;">DIA</td><td style="padding: 2px 10px;">MES</td><td style="padding: 2px 10px;">AÑO</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px 10px;">DIA</td><td style="padding: 2px 10px;">MES</td><td style="padding: 2px 10px;">AÑO</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO											
DIA	MES	AÑO											
¿Qué condición similar o igual a esta ha tenido el Paciente y desde cuándo? _____													
¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? _____													
¿Clase de tratamiento, cirugía o intervención practicada? _____													
(Describa detalladamente) _____													
¿Costo de esta intervención? _____													
¿Con internación? SI ☐ NO ☐													
FECHA EN QUE FUE EFECTUADA	¿DONDE SE EFECTUÓ?												
DESDE	HASTA												
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px 10px;">DIA</td><td style="padding: 2px 10px;">MES</td><td style="padding: 2px 10px;">AÑO</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px 10px;">DIA</td><td style="padding: 2px 10px;">MES</td><td style="padding: 2px 10px;">AÑO</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table> _____	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO											
DIA	MES	AÑO											

FORMULARIO DE RECLAMOS MEDICOS

DESDE			HASTA		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

DIGA LAS FECHAS DEL TRATAMIENTO	Cobrado por Visita	Total						
Consultorio _____								
Residencia _____								
Hospital _____								
Explique que otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante ¿Por qué? _____								
¿Esta todavía el paciente a su cuidado por ésta condición? (si fué dado de alta, dé la fecha)								
SI ☐	NO ☐	Fecha <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 33%;">DIA</td><td style="width: 33%;">MES</td><td style="width: 33%;">AÑO</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
Si hubiere fractura o dislocación, diga si es completa o incompleta: _____								
Si hubiere fractura de huesos largos, diga la clase y localización: _____								
¿Fué confirmado por rayos X? SI ☐ NO ☐								
OBSERVACIONES: _____								
Lugar y fecha _____								
Nombre y Dirección del Médico _____								
Firma y Sello del Médico								

PRECERTIFICACIÓN

Para toda admisión hospitalaria y procedimiento quirúrgico PROGRAMADO o electivo, así como para exámenes de diagnóstico no rutinarios costo igual o arriba de **L.3,000.00**, que ameriten internamiento hospitalario o no, será necesaria presentar, una “**PRE-CERTIFICACION MEDICA**” por parte del asegurado, cinco (5) días hábiles antes del tratamiento.

Adjuntar Documentos: autorizacionespsm@tecniseguros.com.hn

FORMULARIO DE PRECERTIFICACIÓN

	FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINION MEDICA
Compañía de seguros: _____ Poliza No. _____ Certificado No. _____	
SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE	
I. Datos Generales	
1) Nombre del Paciente _____ Ocupación _____ Sexo F ☐ ☐	
2) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____	
II. Historial Medico / Consulta Ambulatoria (Favor llenar los incisos del 1-5)	
1) ¿Desde cuando trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____	
2) La condicion del paciente se debe a: Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad Ocupacional ☐ Embarazo ☐ Accidente de Automovil ☐ Enfermedad Comun ☐ Fecha U. M. _____ Otros Accidentes ☐ SIDA ☐ Día Mes Año	
3) Describa el Diagnostico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede: _____	
4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente? Día _____ Mes _____ Año _____	
5) ¿ha recibido el Paciente, anteriormente, tratamiento medico por esta condicion u otra similar? Si ☐ No ☐ Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____ Nombre del Medico _____ Indique el Diagnostico _____	
6) Procedimiento o Cirugia a Realizar? _____ Fecha Programada: Día _____ Mes _____ Año _____	
7) Hospital donde desea la admision: _____ Tiempo o duracion de la estadia hospitalaria (en letras): _____ letras: _____ Días (Sujeto a evaluación) _____	
8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. _____ ¿puede ser realizada ambulatoriamente? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Ayudante? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Anestesiólogo? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Medico Adicional? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo especifique _____	
¿Se ha obtenido una segunda opinión medica? Si ☐ No ☐ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Nombre y Dirección del Medico que emitió la segunda Opinión: _____ Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela: _____ Observaciones _____	

FORMULARIO DE PRECERTIFICACIÓN

¿Se ha obtenido una segunda opinión medica? Si ☐ No ☐ Fecha: Dia _____ Mes _____ Año _____

Nombre y Dirección del Medico que emitió la segunda Opinión: _____

Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela: _____

Observaciones _____

Lugar y Fecha: _____, Dia _____ Mes _____ Año _____.

Nombre del Médico

Especialidad

Firma y Sello Médico

Teléfono

Certifico que la información declarada es verídica a mi leal saber y entender.

SECCIÓN: AUTORIZACIÓN (Exclusivo para La Compañía de Seguros)

APROBADA Sí ☐ ☐ Dias de hospitalización si no hay recuperación previa (en letras) _____ días.

Honorarios Médicos Reconocidos: _____ Código: _____

Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más El Deducible: Lps. _____ Y

el 100% de los gastos no elegibles _____

Autorizado por: _____ Lugar y Fecha: _____, Día _____ Mes _____ Año _____

III. Información Complementaria

1) ¿Extendió al Paciente Incapacidad Laboral? Sí No Cuántos días ☐ a part ☐
En caso afirmativo ¿Por qué? _____

2) Ha quedado el Paciente con algún impedimento físico? Sí No ☐ ☐
En caso afirmativo, explique: _____

3) Continúa el paciente a su cuidado por esta condición? Sí No ☐ ☐
En caso afirmativo, ¿cuándo terminará? _____

4) Observaciones: _____

Confirmo que he verificado la información y los cargos efectuados.
Asimismo, autorizo a todos los Médicos, Centros Hospitalarios y cualquier persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministre a la compañía de Seguros todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o ficha médica.

Firma del Asegurado o representante legal

Confirmo que la información es verídica a mi leal saber y entender; y también confirmo que he prestado los servicios médicos por los cuales se presenta esta reclamación

Firma y Sello del Médico Tratante

Clinicas EPS a Nivel Nacional

No.	Ciudad	Horarios	Direccion
1	San Pedro Sula, Cortes	24 HRS	Barrio los Andes, 15 avenida, 2da calle, antiguo local de DPI (Dirección Policial de Investigación).
2	Tegucigalpa, Francisco Morazan	24 HRS	Mall Cascadas, estacionamiento del tercer nivel. Col Miramontes
3	Tegucigalpa, Francisco Morazan	Lunes a Viernes: 8:00 am - 5:00 pm	Blvd. Morazán, Edif. Classic (a la par de Mc Donalds), 2do nivel
4	San Lorenzo	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Colonia Morazán, media cuadra al sur del Hospital San Lorenzo.
5	Choluteca, Choluteca	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Barrio la Libertad, esquina opuesta a Expreco, antiguo local de Aguazul
6	Comayagua	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Barrio Torondon, calle que conduce al Hospital Santa Teresa, 2 casas antes del hotel santa teresa Antiguo edificio del diputado chema Martínez planta baja del edificio color verde MEDIMAGEN.
7	Danli	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Barrio el centro calle mistral cuadra norte contiguo Espresso Americano frente a mega variedades
8	Gracias, Lempira	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	CABLE Visión lempira 2 cuadras abajo casa color amarillo con rótulo a la entrada de la clínica
9	La Esperanza, Intibuca	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Barrio abajo, municipio de Intibucá, 2do piso del edificio frente a bodega la campesina, contiguo a Farmacia La Esperanza
10	La Ceiba, Atlántida	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Barrio El Imán, Centro Comercial el Imán, frente a Medicentro.
11	Marcala, La Paz	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Colonia Pelayo calle principal frente a centro salud
12	Ocatepeque	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Sinuapa, Ocotepeque a un costado gasolinera Suyapa primera entrada una cuadra arriba Hot Food
13	Santa Barbara	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Barrio la Soledad contigua a la terminal de buses de los pueblos adelante del palón.
14	Siguetepeque	Lunes a Viernes: 8:00 am - 6:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Clínica Médica Rapha, Barrio San Juan esquina opuesta de comercial la Roca, a 2 cuadras al norte del mercado San Juan
15	Trujillo	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Trujillo colon en la calle principal al pie de la calzada barrio negro, contiguo a farmacia CEMEFA.
16	Santa Rosa de Copan	Lunes a Viernes: 7:00 am - 7:00 pm y sábados 7:00 am - 12:00 mediodía	Barrio MERCEDES, Avenida 7 NE Entre Calle 1 NE y Calle 2 NE Carretera Internacional Frente a Autopartes AAA, Antiguo Local RODIS, Santa Rosa de Copán

Envio de Reclamos a : RECLAMOSMEDICOS2@TECNISEGUROS.COM.HN

GLORIA MARTINEZ gmartinez@tecniseguros.com.hn Cel. 9475 9265

ROCIO VAQUEDANO rvaquedano@tecniseguros.com.hn Cel. 9939 8829

GEOVANNY MARTINEZ autorizacionespsm@tecniseguros.com.hn Cel. 9868 6943

**¡Muchas
Gracias!**

