

PRE-AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

Contratante : _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

1) DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO:

Nombre del asegurado: _____

Nombre del dependiente (si aplica): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M

Nombre del médico tratante Dr.(a): _____

Hospital donde se internará: _____ Días de hospitalización: _____

Fecha de internamiento: ____/____/____

Fecha tentativa de inicio de la enfermedad: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Procedimiento quirúrgico (ambulatorio hospitalario) _____

Honorarios quirúrgicos: US\$ _____ (IVA incluido) Anestesia: US\$ _____ (IVA incluido)

Biopsia: US\$ _____ (IVA incluido) Otros: _____

Resumen historial clínico (favor anexar resultados de exámenes) _____

Firma y sello del médico tratante

Lugar y fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aprobado

No aprobado

Honorarios quirúrgicos: US\$ _____ (IVA incluido) Anestesia: US\$ _____ (IVA incluido)

Biopsia: US\$ _____ (IVA incluido) Otros: _____

Observaciones _____

Dr.(a) _____

_____/_____/_____
Fecha de resolución

Director Médico

Fecha de resolución

PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEBERÁ PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO CON CINCO DÍAS DE ANTICIPACIÓN; EN CASO DE EMERGENCIA EN 24 HORAS SIGUIENTES AL EVENTO. AL NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.