

PRE-CERTIFICACION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIAS



SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO (favor completar con letra de molde legible)

Nombre del Asegurado: _____ Teléfono de Oficina: _____
 Lugar de Trabajo: _____ Teléfono de Residencia: _____
 Nombre del Dependiente: _____ Parentesco: _____ Póliza No.: _____
 Certificado: _____ Plan: _____
 Edad: _____
 Sexo: _____

Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros, para que suministren a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., cualquier información, incluyendo copia exacta del expediente del paciente.

Firma del Asegurado: _____ Fecha: _____

SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE (favor completar con letra de molde legible)

Nombre del Paciente: _____

Diagnóstico y Código (REDHSA)	Fecha de primeras síntomas:
	Nombre del Hospital:
	Fecha sugerida de su ingreso:

Adjuntar copia de los resultados de laboratorio y otros exámenes efectuados

Breve historia de condición del paciente:

DIAS de hospitalización requeridos:

Procedimientos, estudios o tratamientos a efectuarse (Código REDHSA y nombre)

1) _____

2) _____

DETALLE HONORARIOS (IMPUESTO INCLUIDO)		Honorarios Autorizados por Seguros Atlántida, S.A.
Cirujano:	L.	
Asistente Cirujano:	L.	
Anestesiólogo:	L.	
Médico Tratante:	L.	
Pediatra:	L.	
Otros:	L.	

Comentarios: _____

Firma y sello del médico tratante: _____ Teléfono: _____
 Fecha: _____

Autorización por SEGUROS ATLANTIDA, S.A. SI NO No. de Autorización: _____

Crédito con el hospital al _____ %, facturar a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., R.T.N. 08019000237299.

El asegurado deberá pagar el _____ %, y gastos no elegibles, facturar esta cantidad a nombre del asegurado.

Beneficio cuarto y alimentación por día: _____ Beneficio Máximo de maternidad: _____

Visitas en piso: _____ c/u, máximo dos al día. Consulta emergencia: L. _____

Observaciones: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

PARA CIRUGIAS PROGRAMADAS DEBERA PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO POR CINCO DIAS DE ANTICIPO. EN CASO DE EMERGENCIA EN 24 HORAS SIGUIENTES AL EVENTO. AL NO CUMPLIRSE CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.

NOTA: SE PUEDE COMPLETAR SI ES NECESARIO EN HOJAS ADICIONALES