

# 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: _____
	Teléfono de Residencia: _____
Lugar de Trabajo: _____	Póliza No.: _____
	Certificado: _____ Plan: _____
Nombre del Dependiente: _____	Edad: _____
Parentesco: _____	Sexo: _____
<i>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.</i>	
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	DIAS de hospitalización requeridos:
Breve historia de condición del paciente:	Procedimientos, estudios o tratamientos a efectuarse (Código REDHSA y nombre) 1)  2)
<b>DETALLE HONORARIOS (IMPUESTO INCLUIDO)</b>	
<b>Honorarios Autorizados por Seguros Atlántida, S.A.</b>	
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