



**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

PRE-CERTIFICACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS PROGRAMADOS

Doctor: Favor completar este documento con su puño y letra.

1. Nombre del Asegurado Titular / Contratante: _____

2. Número de Póliza: _____ Teléfono: _____ Email: _____

3. Nombre del Paciente: _____ Cédula de Identidad/fecha de Nac.: _____

4. Breve Historia del Padecimiento: Detalle fecha de primera consulta, fecha cuando se estableció el diagnóstico, tratamiento recibido y resultados de estudios diagnósticos practicados. De requerir más espacio favor anotar al reverso.

5. Diagnóstico: _____

6. Favor Indique el tipo de procedimiento diagnóstico, médico y/o quirúrgico que Usted considera necesario se realice:

7. ¿En qué hospital o centro médico se efectuará el procedimiento? _____

8. Aproximadamente ¿cuántos días estará este paciente ingresado? _____

9. ¿Anticipa Usted alguna posible complicación con este procedimiento? Si () No () En caso afirmativo, favor Indique cuál:

10. ¿Hará uso de alguna de las áreas especializadas del hospital (UCI, UCIQ)? Si () No ()
¿Cuál? _____ ¿Cuánto Tiempo? _____

11. En total, ¿cuántos días cree Usted que el paciente estará bajo su cuidado pre y post quirúrgico? _____

12. Favor detalle Equipo Médico y costo del procedimiento:

<u>Equipo Médico</u>	<u>Nombre Médico</u>	<u>Honorarios</u>
Cirujano principal	_____	US\$ _____
Asistente de Cirugía	_____	US\$ _____
Anestesiólogo	_____	US\$ _____
Otros cargos (Detalle)	_____	US\$ _____

** Honorarios basados en un procedimiento normal y sin complicaciones.

** Favor no programar este procedimiento hasta no tener carta de autorización de Auditoría Médica de Seguros América.

13. ¿Es Usted especialista en el área de este caso? Si () No () Especialidad: _____

14. ¿Consultará o asistirá algún otro especialista durante la cirugía? Si () No () Especialidad: _____

15. ¿En cuales otros Hospitales pudiese Usted operar a este paciente? _____

16. Fecha para cuando Usted recomienda realizarse este procedimiento: ____/____/____ o ____/____/____

17. ¿Acepta que Seguros América efectúe pago directo por servicios prestados? Si () No ()

Doctor, Si Usted no pertenece a la Red de Proveedores de la Compañía y acepta le efectuemos pago directo por sus servicios, favor adjuntar o remitirnos fotocopia de su Cédula de Identidad y No. RUC. Esto es indispensable para el trámite de pago y la remisión de constancia de retención.

Dirección de su Clínica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____ Móvil: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE: _____

Fecha _____

Información Adicional:

PARA USO ESTRICTO POR LA AUDITORIA MEDICA DE SEGUROS AMERICA

Fecha de hoy: ____/____/____ No. de Pre-certificación: _____ No. Reclamo: _____

No. de Póliza: _____ Deducible Satisfecho Pendiente

Cantidad pendiente del deducible: US\$ _____

Cirugía para hacerse bajo cobertura: Nacional Internacional País: _____

Cubierto por el plan: Si No Hay limite: Si No ¿Cuánto?: _____

Exclusiones de Cobertura: Si No Días anticipados de Hospitalización: _____

Cobertura al: 100% 80% Máx. Hotelaría: U\$ _____ Máximo de Coaseguro: _____

Pago directo al hospital: Si No Pago directo al Médico: Si No

Pre – Certificación para este procedimiento: **Aceptada** **Rechazada**

Firma del Médico Auditor

Fecha