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**:

Equipo Médico	Nombre Médico	Honorarios
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 Auditoria 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. Hotelería: 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