Edificio Corporativo ASSA, Pista Jean Paul Genie, costado oeste.
Edificio BID, MR-67 Managuea, Nicaragua.
Teléfono (505) 2276-9000 / reclamospersonasni@assanet.com
www.assanet.com.ni

Pre-Autorización de Beneficios

Departamento de Reclamos Ramos Personales

Proveedor Hospitalario Enviado por:

Asegurado: No. de Póliza: Unidad:

Fecha de nacimiento: No. de cédula:

Otro Seguro:

INFORMACION SOBRE EL BENEFICIO

1. Indique cuadro clínico y fecha de evolución por el cual se solicita la preautorización o beneficio de hospital

2. Mencione diagnósticos que presenta el paciente y la fecha de inicio

ICD	Diagnóstico	Fecha

3. Favor indicar fecha programada para la hospitalización o procedimiento y tiempo estimado de hospitalización

4. Favor indicar tipo de procedimiento quirúrgico programado, código CPT y honorarios

CPT	Procedimiento	Honorarios

5. El procedimiento requerirá asistente quirúrgico? Si ☐ No ☐

Favor completar en caso de solicitar pre-autorización por embarazo a término:

Embarazo N°: Fecha de última menstruación: Fecha de primera consulta:

Embarazo de alto riesgo Si ☐ No ☐ Número de Productos

Firma y sello del Médico: _____ Fecha de solicitud: _____

Teléfono del Médico:

Para uso de ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Honorario Médico	$
Honorarios Anestesia	$
Misceláneos de hospital	
Deducible por cubrir	
Copago	
Coaseguro	
Días aprobados	
Observaciones:	

Autorizado por: _____ Fecha: _____

Esta aprobación tiene validez por 30 (treinta) días a partir de la fecha en base a la vigencia de la póliza.

Esta autorización se concede con base a los **Diagnósticos** comunicados a ASSA Compañía de Seguros, S.A. por el Hospital, el cual deberá incluir **fecha de iniciación de la enfermedad o dolencia**, para determinar preexistencias no cubiertas. La garantía de los beneficios del Asegurado conforme a la Póliza dependerán de que la Compañía sea informada inmediatamente de todo cambio que se registre en los diagnósticos. **Certifico que la información antes mencionada es correcta.** Autorizo al INSS, cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores,de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadricula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a ASSA Compañía de Seguros, S.A.

_____ Fecha: _____

Firma del asegurado o Representante Legal

Teléfono de contacto:_____