PRE-CERTIFICACION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIAS

Seguros Atlántida

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

Nombre del Asegurado: _____ Teléfono de Oficina: _____
Teléfono de Residencia: _____
Póliza No.: _____
Lugar de Trabajo: _____ Certificado: _____ Plan: _____
Edad: _____
Nombre del Dependiente: _____ Parentesco: _____ 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	DIAS de hospitalización requeridos:
Breve historia de condición del paciente:	Procedimientos, estudoios 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