Humano

Formulario de Pre-Certificación Servicios Médicos

Datos del Asegurado		
1. Primer Nombre:	2.Segundo Nombre:	
3.Primer Apellido:	4.Segundo Apellido:	
4.Cédula:	5.No. Afiliado:	6.Número de Póliza:
7.Fecha Nacimiento: dd / mm / aa	8.Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☐	
9.Tel. Residencial:	10.No. Celular:	11.Tel. Oficina:
12.No. Fax:	13.Tel. en el exterior:	14.E-mail:
15.Nombre y Apellido Intermediario:		
16.Tel. Oficina:	17.No. Celular	18.No. Fax:
19.Está asegurado por otro plan? Sí ☐ No ☐	20.Nombre de la otra ARS:	
21.No. Póliza:	22.Fecha Emisión: dd / mm / aa	
Descripción del Servicio		
23.Diagnóstico o síntomas relacionados a la condición:		
24.Fecha de los primeros Síntomas: dd / mm / aa	25.Fecha de ingreso: dd / mm / aa	
26.Tipo de procedimiento: Ambulatorio: ☐ Hospitalario: ☐ Estudios Electivos: ☐ Cirugía: ☐		
27.Fecha de los servicios: dd / mm / aa	28.Fecha de cirugía: dd / mm / aa	
Datos del Proveedor		
29.Nombre del Proveedor:		
30.Ciudad y Estado:	31:Tel.:	32.No. Fax:
Datos del Médico Tratante		
33.Nombre:	34.Apellido:	
35.Especialidad:	36.Tel.:	37.No. Fax:
38.Nombre Médico que lo refiere:		

1. Favor llenar a letra de molde y legible en todas sus partes. Debe remitir dicho formulario 5 (cinco) días antes de la fecha de servicio.
2. Favor anexar los resultados de laboratorios, pruebas de imágenes e informes médicos, con sus respectivos presupuesto.

Nota: Completar este formulario no garantiza el pago de la reclamación. Formularios incompletos no serán procesados.

_____ _____

Firma del asegurado o representante legal **Fecha**