FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION, AUTORIZACION E HISTORIA CLINICA

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

Nombre del Asegurado Titular: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del Paciente: _____ Parentesco _____ Edad _____ Sexo _____

Nombre del Contratante: _____ No. de Teléfono: _____

Póliza No. _____ Cert. _____ E-mail: _____

Autorizo a los médicos, hospitales y cualquier institución de servicios de salud para que suministre a los representantes de MAPFRE toda información médica de mi persona o de mis dependientes elegibles, sobre cirugías y tratamientos a efectuarse incluyendo revisión y copia de expediente clínico. Esta información será utilizada para determinar si la cirugía, o tratamiento y los costos relacionados tendrán cobertura.

Firma del Paciente: _____ Firma del Asegurado _____

Firma del asegurado si el paciente es menor de edad

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Diagnóstico (s): Si la (s) enfermedad (es) es (son) a consecuencia de un accidente indicar COMO, CUANDO Y DONDE:

Descripción de la lesión

Hora del accidente: _____ A.M. _____ P.M. _____

Historia Clínica del Paciente: (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual).
Indicar Antecedentes Quirúrgicos.

FECHA(S)	DIAGNÓSTICO (S)	PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Procedimiento (s), Tratamiento (s) o exámenes especiales a realizar: **(Adjuntar resultados de exámenes que respalden su diagnóstico).**

Indique el tipo de atención: Hospitalización _____ Cirugía _____ Emergencia _____ Exámenes Especiales _____

En caso de cirugía indique tipo de anestesia planeada: _____

Fecha de los primeros síntomas: _____

Nombre del médico que le refirió al Paciente: _____

Hospital Seleccionado: _____

Fecha de ingreso al Hospital o de realización del procedimiento o tratamiento médico _____

Días de hospitalización requeridos: _____

En caso de Embarazo: _____

Embarazo No. _____

Fecha de la última menstruación: _____

Fecha de la primera visita médica: _____

Fecha probable de parto: _____

DETALLE DE HONORARIOS COBRADOS POR LOS MEDICOS	CODIGO SEGUN TABLA DE HONORARIOS MEDICOS
Cirujano Principal:	
Médico Asistente:	
Anestesiólogo:	
Otros:	

Detalle el uso, compra o alquiler de Materiales y Equipo Especial.

Costo: _____

Nota: No se reconocerán los materiales y equipo especial no reportado.

Nombre del Médico:_____ Especialidad: _____ Teléfono: _____

Firma y Sello del Médico Tratante: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del Hospital: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Titular: _____ No. de Póliza:_____ No. de Cert:_____

Diagnóstico: _____

Procedimiento Autorizado: _____

Autorizado: **SI** ○ **NO** ○

Valor a pagar por Aseguradora _____ %

Valor a pagar por el Asegurado _____ % más el 100% de los gastos no elegibles y excesos

Cuarto y Alimentación por día:_____ , Tiempo de Hospitalización Autorizado:_____, Deducible: _____

Límite Máximo Por Maternidad:

Parto Normal: Lps. _____

Cesárea Lps. _____

Aborto: Lps. _____

HONORARIOS RECONOCIDOS POR LA COMPAÑIA	CODIGO SEGUN TABLA DE HONORARIOS MEDICOS
Cirujano Principal:	
Médico Asistente:	
Anestesiólogo:	
Otros	
Equipo:	

Observaciones: _____

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____ N° Autorización: _____

Obs. Esta aprobación esta basada en los diagnósticos, historia clínica y procedimientos antes descritos y su validez es de 30 días.

Nota: Este formulario debe ser presentado a la compañía de seguros con cinco (5) días de anticipación a la realización del procedimiento quirúrgico o tratamiento médico. En caso de maternidad solicitar la autorización con quince (15) días de anticipación a la fecha probable de parto.

Cualquier procedimiento adicional o complicaciones deberán ser notificadas inmediatamente para su debida evaluación. **Gastos no cubiertos** como son: Acompañante, aire acondicionado, teléfono, servicio de apoyo y todos gastos que no tenga relación directa con la recuperación del paciente, etc.