Sagicor

COMPAÑÍA DE SEGUROS

EDIFICIO PLAZA OBARRIO PB
AVE. SAMUEL LEWIS Y CALLE SANTA RITA
280-0200 | www.sagicor.com

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS Y ESTUDIOS ESPECIALIZADOS

☐ **HOSPITALIZACIÓN**
EXTENSIÓN DE DÍAS SOLICITADOS: _____NÚMERO DE DÍAS
EXAMÉN ESPECIAL INTRAHOSPITALARIO
INTERCONSULTA HOSPITALARIA: _____NÚMERO DE VISITAS

☐ **CIRUGÍA AMBULATORIA**
☐ **EXÁMEN Y/O PROCEDIMIENTO ESPECIAL AMBULATORIO**
☐ **RAYOS X Y LABORATORIOS**

☐ **URGENTE**

ENVIAR CONFIRMACIÓN A:

NOMBRE DEL MÉDICO: _____
E-MAIL: _____
MOTIVO DE INTERCONSULTA O EXT. DE DÍAS: _____
FAX: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO:	**NO. DE CÉDULA O PASAPORTE DEL ASEGURADO:**

FECHA: DÍA/MES/AÑO	**DIRECCIÓN Y TELÉFONO:**	**PÓLIZA NO.:**

NOMBRE DEL PACIENTE:	**NO. DE CÉDULA O PASAPORTE:**	**PARENTESCO:**

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: DÍA/MES/AÑO	**EDAD DEL PACIENTE:**	**SEXO:** ◯ **MASCULINO** ◯ **FEMENINO**

REGISTRO MÉDICO

HISTORIAL CLÍNICO BREVE/ ANTECEDENTES Y FECHA:

DIAGNÓSTICO:

CÓDIGO ICD-9:

EN CASO DE TENER OTRAS CONDICIONES, FAVOR DECLARARLAS:

PROCEDIMIENTO Y CÓDIGO CPT:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS, TRATAMIENTO APLICADO: (FAVOR INDICAR CÓDIGO CPT (ADJUNTAR COPIA*):

SERVICIO ANESTESIA REQUERIDO: ◯ **SI** ◯ **NO**	**FECHA SUGERIDA PARA INGRESO:** DÍA/MES/AÑO	**RECLUSIÓN ESTIMADA (DÍAS):**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL:	**TELÉFONO DEL HOSPITAL:**

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:	**FIRMA DEL ASEGURADO:**	**FECHA:** DÍA/MES/AÑO

*ES IMPORTANTE QUE NOS ENVÍE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PARA SER EVALUADOS POR NUESTROS MÉDICOS ASESORES.

NOTAS IMPORTANTES:

1. FAVOR SOMETER ESTE INFORME DIRECTAMENTE A SAGICOR PANAMÁ, S. A. POR LO MENOS CON (3) TRES DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA SUGERIDA POR USTED PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS.
2. PARA CASOS DE URGENCIA FAVOR ENVIAR ESTA SOLICITUD A RECLAMOSPA@SAGICOR.COM
3. ANTES DE REFERIR EL PACIENTE AL HOSPITAL O DE REALIZAR EL ESTUDIO SOLICITADO, DEBE TENER LA AUTORIZACIÓN ESCRITA DE SAGICOR PANAMÁ, S. A.
4. ESTA PRE-AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR 30 DÍAS.

SSRP Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá