

Solicitud de Pre-Autorización

Datos del Contratante

Nombre del Contratante _____ Póliza No. _____

Datos del Asegurado/Paciente

Nombre Asegurado/Paciente _____ CIP _____

Certificado No.: _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: F M

1. ¿Tiene usted seguro en otra compañía? SÍ NO En caso afirmativo, indicar el nombre de la compañía y el No. de póliza:

2. Indique nombre del proveedor médico: _____

3. Solicitud de pre-autorización por embarazo: SÍ NO FUM _____

4. Tipo de caso: Hospitalización Extensión de días Cirugías Estudios Especiales Ambulatorio Otros

Adjuntar resultados de rayos x, cat, resonancia magnética, ultrasonidos, ekg o cualquier otro examen especial que se haya realizado.

5. Indicar la fecha de la primera evaluación médica realizada por este diagnóstico o condición médica: Día _____ Mes _____ Año _____

6. ¿Tiene usted conocimiento si otros médicos han evaluado a su paciente por este diagnóstico o condición médica? SÍ NO

En caso afirmativo, indicar nombre del médico _____

7. Favor indicar las razones del procedimiento a realizar y adjuntar resultados de pruebas realizadas _____

Diagnóstico		Procedimientos		
ICD-9	Descripción	Código CPT	Descripción del procedimiento	Honorarios Médicos

8. Lugar de realización del procedimiento: Hospital Consultorio Centro Ambulatorio

9. Requiere anestesia: SÍ NO Tipo de anestesia: General Local Sedación

10. Requiere asistencia quirúrgica: SÍ NO

11. En caso de hospitalización, indicar cantidad de días solicitados y las razones: Días: _____

Razones: _____

Indique la fecha de ingreso: Día _____ Mes _____ Año _____

12. En caso de requerir extensiones de días, indicar cantidad de días y las razones: Días: _____

Razones: _____

Firma y sello del Médico

Fax o correo electrónico

Fecha

ELASEGURADO, con base en la Ley N°68 de 20 de noviembre de 2003, autoriza a su corredor de seguros, a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, Caja del Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental o cualquier otro proveedor del cuidado de la salud, asegurador o empleador, tenedores de pólizas de grupo que tengan datos o información sobre él o sus dependientes con referencia a cualquier tratamiento médico, examen, dictamen u hospitalización, puedan ser informados de todo lo concerniente a su expediente clínico.

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

Firma del Asegurado/Paciente

Fecha

Una vez haya completado este formulario, el mismo debe ser enviado al correo:

autorizacionesenlinea@segurosvivir.com.pa