

PRE-CERTIFICACION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIAS



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

Nombre del Asegurado: _____	Teléfono de Oficina: _____
	Teléfono de Residencia: _____
Lugar de Trabajo: _____	Póliza No.: _____
	Certificado: _____ Plan: _____
Nombre del Dependiente: _____	Edad: _____
Parentesco: _____	Sexo: _____
<i>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.</i>	
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, estudios 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