

PRE-AUTORIZACION DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS

Favor completar con letra de molde legible.

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO	
Nombre del Asegurado: _____	Teléfono Oficina: _____
Lugar de Trabajo: _____	Teléfono Residencia: _____
Nombre del Dependiente: _____ Parentesco: _____	Póliza No.: _____
	Certificado: _____ Plan: _____
	Edad: _____
	Sexo: _____
<p>Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros, para que suministren a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A., cualquier información, incluyendo copia exacta del expediente del paciente</p>	
Firma del Asegurado: _____	Fecha: _____
SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE	
Nombre del Paciente: _____	
Diagnóstico y Código (REHDSA)	Fecha de Primeros síntomas:
	Nombre del Hospital:
	Fecha sugerida de su ingreso:
Adjuntar copia de los resultados de laboratorio y otros exámenes efectuados	DÍAS 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 ATLÁNTIDA, S.A. SI NO No. de Autorización: _____

Crédito con el hospital al _____ %, facturar a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A., **R.T.N. NEYWMÑ-6**

El asegurado deberá pagar el _____ %, y gastos no elegibles, facturar esta cantidad al nombre del asegurado.

Beneficio cuarto y alimentación por día: _____ Beneficio Máximo de maternidad: _____

Visitas en piso: L. _____ c/u, máximo dos al día. Consulta emergencia: L. _____

Observaciones: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

**PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEBERA PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO CON CINCO DÍAS DE ANTICIPO EN CASO DE EMERGENCIA EN 24 HORAS SIGUIENTES AL EVENTO:
 AL NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.**

NOTA: SE PUEDE COMPLETAR SI ES NECESARIO EN HOJAS ADICIONALES