



SOLICITUD DE PRE-NOTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍAS Y ESTUDIOS ESPECIALES

BlueCross BlueShield, Costa Rica, TRIPLE-S Blue, Inc.

Domicilio: Cantón Central de la Provincia de San José, Costa Rica, esquina de la calle 25 con Avenida 8, Teléfono (506) 4052-3030.

Asegurado Titular: _____ N° identificación: _____
Hospital/Institución: _____
Nombre del Informante: _____
Fecha de reporte: / / ☐ Teléfono: _____
☐ Fax: _____ ☐ Correo electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Edad: _____

Fecha de Nacimiento: / /

Número identificación: _____ Tipo identificación: _____

Tipo de Asegurado: ☐ Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo (a) ☐ Otro:

SERVICIO

Ambulatorio () Estudios especiales () Hospitalización () Procedimiento ()

Fecha de Admisión: / / Días de Estancia estimados: _____

Médico Tratante: _____ Firma _____ Código _____

Diagnóstico: _____

Tiempo de evolución de la enfermedad: _____

Información médica adicional: _____

Descripción de procedimientos o estudios especiales: _____

Indique los códigos CPT: _____, _____, _____, _____.

COSTOS:

Estimado Hospitalización: _____

Cirujano: _____

Anestesista: _____

Asistente: _____

Fecha de realización de la cirugía o estudios especiales: _____

RED MÉDICA BlueCross BlueShield, Costa Rica, TRIPLE-S Blue, Inc.

Domicilio: San José, Barrio Francisco Peralta, costado norte de la Iglesia Católica Sagrado Corazón de Jesús, San José, Costa Rica. Teléfonos: (506) 4052-3030 Correo electrónico: prenotificaciones@bcbscostarica.com Fax: (506) 2248-4684.



IMPORTANTE: Asegúrese de someter esta solicitud directamente a las Oficinas de BlueCross BlueShield Costa Rica. Para casos de emergencia, comunicarse a nuestras oficinas **(506) 4052-3030, 24 horas** y enviar esta solicitud vía fax **(506) 2248-4684**, con un período no máximo a 48 horas de la admisión del paciente.

En caso de que se requiera otro procedimiento, enviar una nueva solicitud para la debida aprobación. * Para el trámite de reclamos, enviar copia del expediente clínico, resultados de estudios y exámenes que se practiquen al paciente, recetas médicas y todas las facturas en original de las atenciones, farmacia y otras.

La compañía BlueCross BlueShield, Triple S, Blue Inc, podrá solicitar copia de la historia clínica, en caso necesario.

Esta pre-autorización está sujeta a las condiciones estipuladas en el contrato póliza del producto adquirido por los asegurados en cuanto a definiciones, periodos de espera, riesgos y gastos excluidos, suma máxima asegurada y demás límites de cobertura establecidos.

El presente documento constituye una solicitud de pre-autorización, no representa garantía alguna de que los gastos incurridos en hospitalización, cirugías o estudios especiales, sean aceptados por la Compañía, ya que están sujetos al cumplimiento de las condiciones contractuales.

Fecha: _____ Nombre de quien Autoriza: _____

Firma: _____ N° de identificación: _____

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los Registros números: P16-35-A11-319 Seguro Humanus de Gastos Médicos Internacional de fecha 08 de marzo del 2010, P16-35-A11-320 Seguro Dominus de Gastos Médicos Internacional de fecha 12 de marzo del 2012, P16-35-A11-321, Seguro Regius de Gastos Médicos Internacional de fecha 18 de marzo del 2012, P16-35-A11-322, Seguro Sanitas de Gastos Médicos Internacional de fecha 08 de marzo de 2012, P20-64-A11-605, Dominus Plus Gastos Médicos Internacional de fecha 29 de enero de 2015, P-20-64-A11-378, Seguro de Gastos Médicos Colectivo Regional/Internacional de fecha 23 de agosto del 2012, P20-64-A11-426, Seguro Colectivo de Gastos médicos Internacional-Plan Grupo Joven de fecha 21 de octubre del 2014.