

SOLICITUD PREAUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Ésta autorización debe ser presentada con 5 días de anticipación
a la cirugía programada y su hospitalización

Fecha de Solicitud: _____
DIA MES AÑO

Fecha de Recepción: _____
DIA MES AÑO

Datos Generales del Asegurado (Sección para ser llenada por el Asegurado)

Empresa: _____	No. de Póliza: _____	Edad del Paciente: _____
Nombre del Paciente: _____	Relación: Titular <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>
Nombre del Titular: _____	No. de Certificado: _____	
Año en que se atendió por primera vez la enfermedad: _____	Fecha en que se atendió por última vez la enfermedad: _____ DIA MES AÑO	

Datos Generales de la Atención Médica (Sección para ser llenada por el Médico Tratante)

La hospitalización se debe a:

Enfermedad <input type="checkbox"/>	Maternidad <input type="checkbox"/>	Cirugía con Hospitalización <input type="checkbox"/>
Accidente <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Cirugía Ambulatoria (Hospital del Día) <input type="checkbox"/>
		Otros _____

Diagnóstico Principal (CIE 10)

Tratamiento médico-clínico, procedimientos especiales no quirúrgico Procedimiento quirúrgico

Detalle del procedimiento a realizar: _____

Días de hospitalización (Sujeto a Evaluación): _____ Fecha Programada para la hospitalización del Paciente: _____
DIA MES AÑO

Datos del presupuesto

Nombre Médico Tratante: _____	Especialidad: _____
Nombre de Hospital/Clínica o Centro Médico: _____	Ciudad: _____
Honorarios Cirujano US\$	Código (s) CPT
Honorarios Cirujano ayudante US\$	Código (s) CPT
Honorarios Anestesiólogo US\$	Código (s) CPT
Honorarios Médico Clínico/otra especialidad US\$	Código (s) CPT
Pediatra US\$	Código (s) CPT

Otros médicos:

Tipo de Anestesia: General Local Raquídea Otra _____

Fecha de inicio de la patología: _____

DIA MES AÑO

Costos Hospital, por suministros o equipos especiales, prótesis etc, que se deba conocer

Detalle: _____ US\$
_____ US\$

Firma del Asegurado

Firma y sello del Médico Tratante

Teléfonos del Médico Tratante

Datos de Preautorización (Sección para ser llenada por Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A.)

Fecha Efectiva Paciente: _____
DIA MES AÑO

Fecha de Nacimiento: _____
DIA MES AÑO

Fecha de Autorización: _____

Clase: _____

Preeexistencias:

Fecha Efectiva de la Póliza: _____

Médico con convenio Médico sin convenio

DIA MES AÑO

Datos adicionales de la póliza / asegurado

Primas Pagadas hasta: _____
DIA MES AÑO

Créditos Hospitalarios Pendientes desde: _____
DIA MES AÑO

Por un Total de US\$ _____

Observaciones:

Maternidad con Cuadro hasta: Parto normal US\$ _____ Cesárea US\$ _____

Nueva Inclusión: Si No

CPT

%

PREAUTORIZACION Nº	MONTO						
Honorarios Cirujano	US\$	Código (s)					
Honorarios Cirujano ayudante	US\$	Código (s)					
Honorarios Anestesiólogo	US\$	Código (s)					
H. Méd. Clínico/otra especialidad	US\$	Código (s)					

Otros médicos: Pediatra _____

Cobertura de Recién Nacido: Desde 1^{er} día Desde 10^{mo} día Monto fijo US\$ Sin cobertura

Límite por cuarto y alimento diario: US\$ _____

PREAUTORIZACIÓN APROBADA

Causa: _____

PREAUTORIZACIÓN CONDICIONADA

Causa: _____

PREAUTORIZACIÓN DENEGADA

Causa: _____

Firma y Nombre del Responsable de Preautorización