

## Pre-Autorización de Honorarios y Procedimientos Quirúrgicos PRIMEPRE S.A.

Fecha de recepción PRIMEPRE S.A. \_\_\_\_\_ No. Pre-autorización\_\_\_\_\_

### Datos generales del asegurado

Número de contrato \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Nombre del titular \_\_\_\_\_ Cédula de identidad \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Cédula de identidad \_\_\_\_\_

### Información médica

Signos y/o síntomas relevantes

---

---

CIE-10 y Diagnóstico \_\_\_\_\_

Procedimiento quirúrgico por realizar \_\_\_\_\_

Hospital o clínica donde se realizará el procedimiento \_\_\_\_\_

Fecha y ciudad donde se realizará el procedimiento \_\_\_\_\_

Nombre completo y especialidad del médico responsable del procedimiento \_\_\_\_\_

Números de contacto en caso de solicitar ampliación de información \_\_\_\_\_

### Presupuesto

Honorarios de Cirujano \_\_\_\_\_ Código quirúrgico \_\_\_\_\_

Honorarios de Ayudante \_\_\_\_\_ Código quirúrgico \_\_\_\_\_

Honorarios de Anestesiólogo \_\_\_\_\_ Código quirúrgico \_\_\_\_\_

Otros médicos \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_ Costo clínica \_\_\_\_\_

Firma y sello de médico \_\_\_\_\_ Firma del titular \_\_\_\_\_

### Uso exclusivo de Departamento de Auditoría Médica de PRIMEPRE S.A.

Fecha de autorización \_\_\_\_\_ Código aplicados \_\_\_\_\_

### Observación de Auditoría

---

---

### Firma y Sello de Auditor Médico