

**FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION
HOSPITALARIA Y/O QUIRURGICA**

Estimado Asegurado: Para cirugías programadas deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico tratante, con cinco días hábiles de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo posterior a las 24 horas del evento. Al no cumplir estos requisitos, la Compañía se reserva el derecho de rechazar el crédito o reembolso.

I. DATOS DEL SEGURO (Sección a completar por el Médico tratante)

Nombre del Contratante: _____ No. Póliza _____ Certificado No. _____

Nombre Asegurado Titular: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___

Motivo de la Hospitalización: Accidente Enfermedad Embarazo

Si es por accidente indicar lugar y fecha en que ocurrió: _____ Día ___ Mes ___ Año ___

Describe como sucedió el accidente: _____

Si es por Enfermedad, en su opinión ¿cuándo iniciaron los primeros síntomas? Día ___ Mes ___ Año ___

Nombre del Médico o Médicos tratantes (indicar especialidades) _____

Resumen Historial Clínico (Puede anexar documentación)

Historia clínica: _____

Antecedente Personales: _____

Examen Físico: _____

Reporte de exámenes y estudios realizados: _____

Diagnóstico Principal: _____

Procedimiento quirúrgico o tratamiento a realizar: _____

Hospitalario Ambulatorio

II. COSTOS MEDICOS E INSUMOS ESTIMADOS (Sección a completar por el Médico tratante)

Honorarios Quirúrgicos: US\$ _____ (IVA incluido) Honorarios de Anestesia: US\$ _____ (IVA incluido)

Honorarios Patología: US\$ _____ (IVA incluido) Otros: US\$ _____ (IVA incluido)

Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento / tratamiento: _____
US\$ _____ (IVA incluido)

Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación (anexar cotizaciones): _____
US\$ _____ (IVA incluido)

III. COSTOS HOSPITALARIOS (Sección a completar por el Médico tratante)

Hospital donde se internará: _____

Días estimados de Hospitalización: _____ Fecha de Internamiento: Día ___ Mes ___ Año ___

Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria): US\$ _____ (IVA incluido)

Día ___ Mes ___ Año ___

Firma y Sello Médico Tratante

e-mail/Fax donde remitir resolución

Firma del Asegurado

IV. APROBACIONES (Sección a completar por Fedecredito Vida, S. A., Seguros de Personas)

APROBADO NO APROBADO

Honorarios Quirúrgicos: US\$ _____ (IVA incluido) Honorarios de Anestesia: US\$ _____ (IVA incluido)

Honorarios Patología: US\$ _____ (IVA incluido) Otros: US\$ _____ (IVA incluido)

Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento / tratamiento: _____
_____ US\$ _____ (IVA incluido)

Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación (anexar cotizaciones): _____
_____ US\$ _____ (IVA incluido)

Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria): US\$ _____ (IVA incluido)

Observaciones: _____

Nombre, firma y Sello

Fecha de Resolución: Día ___ Mes ___ Año ___

V. CREDITO HOSPITALARIO (Sección para ser completada por Fedecredito Vida, S. A., Seguros de Personas)

APROBADO NO APROBADO

Observaciones: _____

Nombre, firma y Sello

Fecha de Resolución: Día ___ Mes ___ Año ___