

SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA
FORMULARIO DE
PREAUTORIZACION
CIRUGIAS PROGRAMADAS

Fecha de Presentación: _____

SECCION A: Para ser llenado por el médico tratante

NOMBRE DEL TITULAR		CERTIFICADO #
NOMBRE PACIENTE		
POLIZA NUMERO		
EMPRESA		
MEDICO TRATANTE		
ATENCION EN CLINICA		CIUDAD
DIAGNOSTICO		
PROCEDIMIENTO		
PRESUPUESTO:		
NUMERO DE DIAS DE HOSPITALIZACION	_____ (Días)	
HONORARIOS CIRUJANO	\$ _____	
HONORARIOS ANESTESIOLOGO	\$ _____	
HONORARIOS AYUDANTE	\$ _____	NOMBRE DEL MEDICO _____
OTROS COSTOS	\$ _____	
VALOR TOTAL	\$ _____	FIRMA _____

SECCION B: Para ser llenado por Pan-American Life Ins. Co.

COBERTURAS CONTRATADAS	TABLA _____
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO	\$ _____
HONORARIOS CIRUJANO	\$ _____
HONORARIOS ANESTESIOLOGO	\$ _____
HONORARIOS AYUDANTE	\$ _____
OTROS COSTOS	\$ _____
RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO A CUBRIR	\$ _____
Fecha de Preautorización: _____	FIRMA RESPONSABLE _____

NOTA: Los honorarios médicos estarán sujetos a auditoría médica previa revisión de la historia clínica. El costo de servicios de Clínica y demás beneficios se reconocerán de acuerdo a las coberturas de la Póliza, con aplicación de deducible y coparticipación.