



Compañía de Seguros, S.A.

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

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: _____

IMPORTANTE: Asegúrese de someter esta solicitud directamente a las oficinas de ASSA Compañía de Seguros, S.A. Para casos de emergencia, comunicarse a nuestras oficinas **(506) 4052-4660, 24 horas** y enviar esta solicitud vía fax **(506) 2503-2797**, 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.

ASSA Compañía de Seguros, S.A., 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: _____