

SOLICITUD DE PRE Y POST AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

INFORMACIÓN DEL AFILIADO TITULAR

Tipo de contrato: Individual Corporativo Contratante: _____
 Afiliado titular: _____ cédula: _____
 Paciente: _____ cédula: _____
 Parentesco: _____
 Tiene otro seguro o cobertura médica: Sí No IESS Compañía: _____
 Dirección actualizada: _____
 Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

INFORMACIÓN PERSONAL (A SER LLENADO POR EL MÉDICO)

Médico tratante: _____ cédula/Ruc: _____
 Especialidad: _____ Teléfono: _____
 Diagnóstico completo: _____
 Fecha en que se presentaron los primeros síntomas: _____
 Fecha de primera consulta con el paciente por este motivo: _____
 CIE10: _____ Se trata de una enfermedad: Crónica Aguda
 La enfermedad actual es consecuencia de: Embarazo Accidente Congénita Otros
 Detalle el procedimiento que se realizará: _____ CTP: _____
 Hospital/clínica donde se realizará el procedimiento: _____
 Fecha de ingreso: _____

Antecedentes patológicos personales

1. Dx: _____ Fecha: _____ Tratamiento: _____
 2. Dx: _____ Fecha: _____ Tratamiento: _____
 3. Dx: _____ Fecha: _____ Tratamiento: _____

Certifico en calidad de médico, que los datos proporcionados son veraces y que en caso de ser requeridos, por parte de la Compañía, entregaré los respaldos necesarios requeridos.

 Lugar y fecha Firma y sello de médico Nombre del médico

Certifico que las respuestas aquí dadas son verdaderas y autorizo a los profesionales que nos prestaron las atenciones correspondientes a proporcionar toda la información requerida por parte de la compañía, en la persona de cualquiera de sus funcionarios.

En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios de esta reclamación.

 Lugar y fecha Firma del Afiliado Firma y sello del contratante

Nos comprometemos a optimizar el tiempo para dar una pronta y adecuada respuesta a su solicitud. Por este motivo, solicitamos a usted que nos adjunte todo documento que aporte la solicitud: Imágenes, exámenes de laboratorio y otros necesarios.

Recepción: Fecha: _____ Aut.: _____
 Hora: _____

USO INTERNO

Fecha de recepción: _____ Receptado por: _____ Hora: _____

USO INTERNO

Contrato: _____ Inicio de vigencia: _____
 Plan vigente: _____ Mes/cancelado: _____
 Código de patológicas registradas con cobertura: _____
 Código de patológicas registradas sin cobertura: _____
 Correo electrónico: _____ Auditado por: _____
 Fecha auditado: _____ Aprobado Negado
 Observación: _____
 Médico tratante: _____

ANÁLISIS MÉDICO

Información clínica: _____

 Antecedentes médicos: _____
 Diagnóstico actual: _____

ANÁLISIS TÉCNICO

Procedimiento programado: _____
 Clínica asignada: _____
 Producto: _____
 Tabla: _____

	Códigos	%	Valor
1:	_____	_____	\$ _____
2:	_____	_____	\$ _____
3:	_____	_____	\$ _____
4:	_____	_____	\$ _____

	Equipos/Paquete quirúrgico	Valor
1:	_____	\$ _____
2:	_____	\$ _____

Coberturas especiales

Prótesis: Sí No
 Terapia dolor: Sí No
 Cama de acompañante: Sí No

Cama de acompañante: _____

Aprobado Negado

Médico Auditor Responsable

Fecha Auditoría Médica