



Pre Autorización de Honorarios Procedimientos Quirúrgico

Entrega Pre Autorizada con 72 horas antes de la hospitalización

Fecha de Recepción Privilegio:..... Numero de Pre Autorización

Datos generales del Asegurado

Contrato:..... Teléfono:.....

Nombre del titular:.....

Nombre del Paciente:.....

INFORMACIÓN MÉDICA

Signos y/o síntomas relevantes:

.....

Diagnóstico:

Procedimiento Quirúrgico:

Hospital o Clínica donde se realizará el procedimiento.....

Fecha y ciudad donde se realizará el procedimiento quirúrgico.....

Nombre y especialidad del médico responsable de procedimiento quirúrgico.....

Números telefónicos a los que se pueda contactar en caso de ampliación de información:.....

PRESUPUESTO

Honorarios de Cirujano

Honorarios de Ayudante

Honorarios Anestesiólogo

Honorarios Pediatra

Otros médicos:

Laboratorio.....

Costo Clínica:

Total:

Firma y Sello del Médico:

Firma del asegurado.....

Nota: llenar el formulario con letra legible

USO EXCLUSIVO DE AUDITORIA MÉDICA DE PRIVILEGIO MEDICINA PREPAGADA

FECHA DE AUTORIZACIÓN:..... Códigos aplicados:.....

Honorarios Autorizados

Honorarios de Cirujano

Honorarios de Ayudante

Honorarios Anestesiólogo

Otros médicos:

Clínica:

Costo total:

Observación de Auditoría:

.....

.....
Firma Auditor Médico