

No. VERIFICACIÓN:

PAGO DIRECTO:

Completar con letra legible. Es importante no dejar espacios en blanco, para que se pueda emitir autorización, y que el médico firme y selle los espacios indicados.

ORDEN DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
9 _____ 10 _____ 11 _____ 12 _____

ORDEN DE ESTUDIOS ESPECIALES (necesitan pre autorización):

Centro de Diagnóstico Afiliado al que se refiere: _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ecocardiograma | <input type="checkbox"/> Electroencefalograma | <input type="checkbox"/> Tomografía |
| <input type="checkbox"/> Monitorio ambulat. P. Arterial | <input type="checkbox"/> Electromiograma | <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética |
| <input type="checkbox"/> Holter Cardíaco | <input type="checkbox"/> Doppler Carotideo | <input type="checkbox"/> Mamografía |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo | <input type="checkbox"/> Doppler Trasesofágico | <input type="checkbox"/> Densitometría Ósea |
| <input type="checkbox"/> Gastroscopia | <input type="checkbox"/> Centellograma | <input type="checkbox"/> Pielograma |
| <input type="checkbox"/> E.R.C.P. | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | |

Firma y Sello del Médico Tratante

* Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza contratada.

MEDICAMENTOS (necesitan pre autorización):

Nombre del Medicamento	Nombre Genérico	Dosis y Frecuencia	Tiempo de Tratamiento		
			Días	Mes	Indefinido
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Firma y Sello del Médico Tratante

* Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza contratada.

HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA (necesitan pre autorización):

Nombre del Hospital: _____ Fecha Ingreso Hospital: _____

Sí existe cirugía favor completar: _____ *(Tabla de valores Relativos de California)

Código (s)* _____ Descripción: _____

	Honorario Solicitado	Nombre del Médico	No. Colegiado	Especialidad
Cirujano Principal	Q. _____	_____	_____	_____
Ayudante	Q. _____	_____	_____	_____
Anestesia	Q. _____	_____	_____	_____
Otros	Q. _____	_____	_____	_____
Equipo Especial	_____			

Nota: Todo equipo y/o material que no haya sido pre autorizado, no será cubierto al momento del egreso. Adjuntar todos los estudios realizados, para esta solicitud enviar con tres días de anticipación a la fecha de ingreso al hospital.

SEGUROS UNIVERSALES S.A. pagará los honorarios médicos autorizados dependiendo de los convenios particulares. En ningún momento se pagarán aquellos gastos no autorizados.

Importante: Este formulario tiene una validez de 15 días hábiles, desde la fecha en que el médico lo extienda. Deberá ser completado sin tachones o enmiendas.