

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS Y ESTUDIOS ESPECIALIZADOS

NOMBRE DEL ASEGURADO:

NO. DE CÉDULA O PASAPORTE DEL ASEGURADO:

FECHA: DIRECCIÓN Y TELÉFONO: PÓLIZA NO.:

NOMBRE DEL PACIENTE: NO. DE CÉDULA O PASAPORTE: PARENTESCO:

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: EDAD DEL PACIENTE: SEXO: MASCULINO
FEMENINO

REGISTRO MÉDICO

HISTORIAL CLÍNICO BREVE/ ANTECEDENTES Y FECHA:

DIAGNÓSTICO:

CÓDIGO ICD-9:

EN CASO DE TENER OTRAS CONDICIONES, FAVOR DECLARARLAS:

PROCEDIMIENTO Y CÓDIGO CPT:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS, TRATAMIENTO APLICADO: (FAVOR INDICAR CÓDIGO CPT (ADJUNTAR COPIA*):

SERVICIO ANESTESIA REQUERIDO:

SI NO

FECHA SUGERIDA PARA INGRESO:

RECLUSIÓN ESTIMADA (DÍAS):

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL:

TELÉFONO DEL HOSPITAL:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:

FIRMA DEL ASEGURADO:

FECHA:

*ES IMPORTANTE QUE NOS ENVÍE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PARA SER EVALUADOS POR NUESTROS MÉDICOS ASESORES.

NOTAS IMPORTANTES:

1. FAVOR SOMETER ESTE INFORME DIRECTAMENTE A SAGICOR PANAMÁ, S. A. POR LO MENOS CON (3) TRES DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA SUGERIDA POR USTED PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS.
2. PARA CASOS DE URGENCIA FAVOR ENVIAR ESTA SOLICITUD A RECLAMOSPA@SAGICOR.COM
3. ANTES DE REFERIR EL PACIENTE AL HOSPITAL O DE REALIZAR EL ESTUDIO SOLICITADO, DEBE TENER LA AUTORIZACIÓN ESCRITA DE SAGICOR PANAMÁ, S. A.
4. ESTA PRE-AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR 30 DÍAS.