

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:

☐ Ecocardiograma

☐ Electroencefalograma

☐ Tomografía

☐ Monitorio ambulat. P. Arterial

☐ Electromiograma

☐ Resonancia Magnética

☐ Holter Cardíaco

☐ Doppler Carotideo

☐ Mamografía

☐ Prueba de Esfuerzo

☐ Doppler Trasesofágico

☐ Densitometría Ósea

☐ Gastroscoopia

☐ Centellograma

☐ Pielograma

☐ E.R.C.P.

☐ 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 extiende. Deberá ser completado sin tachones o enmiendas.