

SOLICITUD - AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

(En caso de cirugía programada, debe solicitarse la autorización con 5 días antes de la hospitalización)

red
proveedores
panamericana

FECHA DE SOLICITUD _____
DIA MES AÑO

Nombre de la Póliza _____ Póliza No. _____ Cert. No. _____
Nombre del Asegurado: _____ Edad: _____
Nombre del Dependiente: _____ Parentesco: _____ Edad: _____
Nombre del Hospital: _____
Fecha de admisión: _____ Fecha estimada de alta: _____
Fecha efectiva: _____ No. Clase: _____ Primas pagadas: SI ☐ NO ☐ Meses pendientes: _____
La hospitalización se debe a:
☐ ENFERMEDAD ☐ CIRUGIA ☐ CIRUGIA AMBULATORIA
☐ ACCIDENTE ☐ U. CUIDADOS INTENSIVOS ☐ SALA DE EMERGENCIA
☐ MATERNIDAD ☐ OTROS
Fue causada la dolencia por un accidente: SI ☐ NO ☐
Caso afirmativo
¿Cuándo ocurrió? _____
¿Dónde ocurrió? _____
¿Cómo ocurrió? _____
En caso de enfermedad, en qué fecha comenzó? _____
Diagnóstico: _____
Tratamiento médico ☐ Procedimiento quirúrgico ☐ Especificar: _____
Si habrá cirugía, indique los honorarios a cobrar y la referencia del código de cirugía tabla de California: _____
Observaciones: _____
Firma Asegurado y/o Patrono _____ Nombre firma y sellos médico _____ Firma sello hospital _____

AUTORIZACION DE SEGUROS PANAMERICANA

Fecha _____ Autorizada ☐ No. _____ Denegada ☐ Causa _____
Nombre del Hospital: _____
Días autorizados: _____ del _____ al _____ Límite diario por cuarto y alimentos: _____
HONORARIOS MEDICOS AUTORIZADOS
Procedimiento quirúrgico: _____
Código de Cirugía: _____ Unidades de Cirugía: _____
Valor honorarios quirúrgicos: _____ (incluye IVA, y visitas post-operatorias) _____
Honorarios asistente de cirugía: _____ Honorarios anestesiólogo: _____
Otros honorarios médicos: _____
Visitas hospitalarias, 2 diarias, valor c/u: _____
Visita emergencia: _____ Visita intensivo, valor día piso: _____
Observaciones: _____
Copago a cancelar:
☐ Q.75.00
☐ 20% de la cuenta
☐ 1 día de habitación semiprivada
☐ Otros (especificar) _____
ADICIONALMENTE DEBE CANCELAR POR SU CUENTA LOS SIGUIENTES GASTOS NO CUBIERTOS
1) EXCESOS SOBRE CUARTO Y ALIMENTOS, T.V., TEL., COMIDAS Y CAMAS ADICIONALES, GASTOS DIVERSOS
2) _____
3) _____
Firma y sello _____

NOTA AL HOSPITAL

a) Indispensable enviar resultados de patología en los casos que se efectúe.

b) Si médicamente fuese necesario más días de hospitalización a los autorizados, se deberá solicitar otra autorización, indicando causa y el monto de gastos a la fecha, de no hacerlo, Seguros Panamericana no se hará cargo de dicha cuenta adicional y los gastos serán responsabilidad del Hospital.

c) Si el presente formulario no viene completado en su totalidad no se dará trámite a la solicitud, y el mismo será devuelto a donde corresponda.

d) Favor enviar copia de la solicitud de hospitalización autorizada.