

Esta autorización debe ser presentada con 5 días de anticipación a la cirugía programada y su hospitalización

Fecha de solicitud: _____ Fecha de recepción: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

Datos generales del Asegurado (sección para ser llenada por el Asegurado)

No. Póliza: _____ Edad del paciente: _____
Nombre del paciente: _____ Relación: Titular Cónyuge Hijo
Nombre del titular: _____ No. de Certificado: _____
Año en que se atendió por primera vez la enfermedad: _____ Fecha en que se atendió por última vez la enfermedad: _____
DIA MES AÑO

Datos generales de la atención médica (sección para ser llenada por el médico tratante)

La hospitalización se debe a:
Enfermedad Maternidad Cirugía con hospitalización
Accidente Emergencia Cirugía ambulatoria (hospital del día) Otros _____

Diagnóstico principal (CIE 10)

Tratamiento médico-clínico, procedimientos especiales no quirúrgico Procedimiento quirúrgico
Detalle del procedimiento a realizar: _____
Días de hospitalización (sujeto a evaluación): _____ Fecha programada para la hospitalización del paciente: _____
DIA MES AÑO

Datos del presupuesto

Nombre médico tratante: _____ Especialidad: _____
Nombre de hospital/clínica o centro médico: _____ Ciudad: _____
Honorarios cirujano: US\$ _____ Código (s) CPT _____
Honorarios cirujano ayudante: US\$ _____ Código (s) CPT _____
Honorarios anestesiólogo: US\$ _____ Código (s) CPT _____
Honorarios médico clínico/otra especialidad: US\$ _____ Código (s) CPT _____
Pediatria: US\$ _____ Código (s) CPT _____
Otros médicos: US\$ _____ Código (s) CPT _____
Tipo de anestesia: General Local Raquídea Otra _____
Fecha de inicio de la patología: _____
Costos hospital, por suministros o equipos especiales, prótesis etc, que se deba conocer
Detalle: _____ US\$ _____
_____ US\$ _____
Firma del Asegurado _____ Firma y sello del médico tratante _____ Teléfonos del médico tratante _____

Datos de preautorización (sección para ser llenada por PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.)

Fecha efectiva paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO
Fecha de autorización: _____ Clase: _____
DIA MES AÑO
Preexistencias: _____ Fecha efectiva del seguro: _____
DIA MES AÑO
Médico con convenio Médico sin convenio

Datos adicionales de la Póliza / Asegurado

Primas pagadas hasta: _____
DIA MES AÑO
Anticipo de beneficios pendientes desde: _____ Por un total de US\$ _____
DIA MES AÑO
Observaciones: _____
Maternidad con cuadro hasta: _____ Parto normal US\$ _____ Cesárea US\$ _____
Nueva inclusión: Si No

| PREAUTORIZACION Nº | MONTO | CPT | | | | % |
|--|------------|------------------|--|--|--|---|
| Honorarios cirujano | US\$ _____ | Código (s) _____ | | | | |
| Honorarios cirujano ayudante | US\$ _____ | Código (s) _____ | | | | |
| Honorarios anestesiólogo | US\$ _____ | Código (s) _____ | | | | |
| H. médico clínico / otra especialidad: | US\$ _____ | Código (s) _____ | | | | |

Otros médicos: Pediatra _____
Cobertura de recién nacido: Desde 1^{er} día Desde 10^{mo} día Monto fijo US\$ Sin cobertura
Limite por cuarto y alimento diario: US\$ _____

PREAUTORIZACIÓN APROBADA
PREAUTORIZACIÓN CONDICIONADA Causa: _____
PREAUTORIZACIÓN DENEGADA Causa: _____

Firma y nombre del responsable de preautorización