

SECCIÓN I: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR EL ASEGURADO (requisito indispensable)

Nombre Asegurado Titular: _____ Póliza: _____ ID: _____

Datos del Paciente:

Asegurado Titular: Cónyuge: Hijo (a): Edad: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. DPI: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Reclamo: Nuevo: Complemento: Pago Directo: Total Presentado en Facturas: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonidos y Rayos X, etc., pertenecientes a esta solicitud. Queda entendido que **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** se reserva el derecho de procesar esta solicitud hasta obtener toda la información necesaria.

Firma Asegurado Titular

Firma Paciente (Si es distinto del Asegurado Titular)

Lugar y Fecha:

SECCIÓN II: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR LA EMPRESA CONTRATANTE (Soló para pólizas colectivas)

No. de Póliza: _____ Razón Social de la Empresa Contratante: _____

Nombre del Representante: _____

Nombre Completo del Empleado (Asegurado Titular): _____

Nombre del Paciente (Asegurado Dependiente): _____

Firma y Sello de la Empresa:

Fecha:

SECCIÓN III: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR MÉDICO TRATANTE (Requisito indispensable)

Confirmo en mi condición de Médico, haber asistido al paciente: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Fecha de inicio de la causa básica de la enfermedad: _____ Tiempo de Evolución: _____

Causa de esta solicitud: Enfermedad: Accidente: Embarazo:

Diagnóstico: _____

En caso de Accidente: (Describa) _____

En caso de Embarazo, indicar : Fecha de U.R: _____ Fecha P.P: _____

Descripción de Tratamiento: _____

Nombre del Médico: _____ No. Colegiado: _____

Especialidad: _____ Teléfono: _____

Firma y Sello

Fecha:

INSTRUCCIONES:

Si su solicitud es por reembolso convencional, deberá completar las secciones que le corresponden, adjuntando facturas de los gastos incurridos por medicamentos, laboratorios, médicos y hospital.

Sí su solicitud es para Estudios Especiales, Medicamentos u Hospitalización Programada, enviar el formulario al correo de autorizaciones@universales.com o bien al Fax 2384-7401.

No. VERIFICACIÓN:

PAGO DIRECTO:

Completar con letra legible. Es importante no dejar espacios en blanco, para que se pueda emitir autorización.

ORDEN DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA:

| | |
|---------|----------|
| 1 _____ | 2 _____ |
| 3 _____ | 4 _____ |
| 5 _____ | 6 _____ |
| 7 _____ | 8 _____ |
| 9 _____ | 10 _____ |

Otros: _____

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

MEDICAMENTOS (necesitan pre autorización):

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

HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA (necesita 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 | _____ | _____ | _____ | _____ |

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.