inmedical®
COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA Y PREVENTIVA

· Ecuador · Perú
· Paraguay · Bolivia

FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN DE CRÉDITO HOSPITALARIO

Este formulario tiene una validez de 5 días a partir de la fecha de aprobación de INMEDICAL S.A.

Fecha de presentación:

PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

Nombre Completo del Titular:

Nombre Completo del Paciente:

Numero de Telefono:

Firma del Asegurado

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO

Nombre Completo del Médico Tratante:

Centro Hospitalario: Ciudad:

Diagnóstico:

Fecha de Hospitalización:

Procedimeinto:

PRESUPUESTO DE HONORARIOS MÉDICOS

Numero de Días de Hospitalización:

Honorarios del Cirujano: Honorarios del Anestesiólogo:

Honorarios del Ayudante: Otros Honorarios:

Firma del Médico

ESPACIO PARA USO DE INMEDICAL

PRESUPUESTO DE HONORARIOS APROBADOS POR INMEDICAL

Número de Días de Hospitalización:

Honorarios del Cirujano: Honorarios del Anestesiólogo:

Honorarios del Ayudante: Otros Honorarios:

RESOLUCIÓN PRE-AUTORIZACIÓN

Contrato Número: Contratante:

Aprobada: Negada:

Número de Autorización: Auditor Responsable:

PARA EL TRAMITE RESPECTIVO DEBE ADJUNTAR:

- Presuspuesto de Gastos de Clínica
- Presupuesto de Honorarios Médicos
- Copia de Ficha Clínica del Médico
- Resultados de Exámenes Realizados

Inmedical S.A. se reserva el derecho de solicitar documentación adicional de ser necesario.