

Pre-Autorización de Honorarios y Procedimientos Quirúrgicos PRIMEPRE S.A.

Fecha de recepción PRIMEPRE S.A. _____ No. Pre-autorización _____

Datos generales del asegurado

Número de contrato _____ Número telefónico _____

Nombre del titular _____ Cédula de identidad _____

Nombre del paciente _____ Cédula de identidad _____

Información médica

Signos y/o síntomas relevantes

CIE-10 y Diagnóstico _____

Procedimiento quirúrgico por realizar _____

Hospital o clínica donde se realizará el procedimiento _____

Fecha y ciudad donde se realizará el procedimiento _____

Nombre completo y especialidad del médico responsable del procedimiento _____

Números de contacto en caso de solicitar ampliación de información _____

Presupuesto

Honorarios de Cirujano _____ Código quirúrgico _____

Honorarios de Ayudante _____ Código quirúrgico _____

Honorarios de Anestesiólogo _____ Código quirúrgico _____

Otros médicos _____

Total _____ Costo clínica _____

Firma y sello de médico _____ Firma del titular _____

Uso exclusivo de Departamento de Auditoría Médica de PRIMEPRE S.A.

Fecha de autorización _____ Código aplicados _____

Observación de Auditoría

Firma y Sello de Auditor Médico