

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALES

Estimado Asegurado: para exámenes programados, deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico especialista que solicita el examen con cinco días de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo posterior a las 24 horas de efectuar el examen. Al no cumplir estos requisitos, la Compañía se reserva el derecho de pago.

Nombre de Patrono o Contratante: _____

No. De Póliza: _____ No. De Certificado: _____

Nombre del Asegurado titular: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de ingreso: Día ____ Mes ____ Año ____

Nombre del medico tratante: _____

Según su opinión cuando comenzó esta enfermedad: Día ____ Mes ____ Año ____

Diagnostico principal: _____

Diagnostico secundario: _____

Exámen especial de diagnostico solicitado (adjunte informe de estudios previos): _____

Razón por la cual solicita este exámen: _____

Lugar en que se realizara el exámen: _____ Procedimiento ambulatorio () Procedimiento hospitalario ()

Costo del exámen: US\$ _____ (IVA incluido) Fecha programada para el examen: Día ____ Mes ____ Año ____

Fecha Día ____ Mes ____ Año ____

Firma y sello del medico tratante Fax/email donde remitir respuesta Firma del Asegurado

SECCION PARA SER COMPLETADA POR ASSA

Procedimiento aprobado: () Procedimiento no aprobado: ()

Observaciones: _____

Fecha de Resolución: Día ____ Mes ____ Año ____

Firma de autorizado

IMPORTANTE: EL ASEGURADO DEBERA CANCELAR DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR LOS GASTOS NO CUBIERTOS Y LOS EXCESOS DE HONORARIOS.

Exámenes especiales de Diagnostico son los que se mencionan a continuación, pero no se limitan a:

- | | | |
|---|---|---|
| • Arteriografía | * Tomografía Axial Computarizada, (TAC) | * Endoscopias digestivas y bronquiales |
| • Centellograma | * Pruebas cutáneas | * Resonancias Magnéticas (MRI) |
| • Cisternografía | * Electroencefalograma | * Pruebas de Esfuerzo o estudios de Holter |
| • Polisomnograma | * Electromiografía | * Pruebas de Esfuerzo con Talio (MIBI) |
| • Pruebas Nucleares | * Fonografías (ultrasonografías) | * Estudios Perivasculares no invasivos |
| • Cariotipo | * Ecocardiograma (Ecodopler color) | * Procedimientos cardiovasculares invasivos |
| • Coronariografías (cateterismo cardiaco) | | * Electroencefalograma de 24 hrs. |