

**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.

Si 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.

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

3

5

7

9

2

4

6

8

10

Otros:

ORDEN DE ESTUDIOS ESPECIALES (necesitan pre autorización):

Centro de Diagnóstico Afiliado al que se refiere:

☐ Ecocardiograma

☐ Electroencefalograma

☐ Tomografía

☐ Electrocardiograma

☐ Electromiograma

☐ Resonancia Magnética

☐ Monitorio ambulat. P. Arterial

☐ Doppler Carotideo

☐ Mamografía

☐ Holter Cardíaco

☐ Doppler Trasesofágico

☐ Densitometría Ósea

☐ Prueba de Esfuerzo

☐ Centellograma

☐ Pielograma

☐ Gastroscofia

☐ Colonoscopia

☐ E.R.C.P.

☐ 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. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ayudante           | Q. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Anestesia          | Q. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otros              | Q. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Equipo Especial    | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 extienda. Deberá ser completado sin tachones o enmiendas.