ASEGURADORA ANCON
Grupo Multinacional de Seguros
Seguro te Responde

ANCON HealthNetwork

SOLICITUD DE PRE - AUTORIZACION

☐ Hospitalización ☐ Extensión ☐ Cirugía Electiva ☐ Estudios Especiales ☐ Ambulatorio

Fecha: Día | Mes | Año

No. Póliza:

Nombre del Paciente: _____ Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año Edad: _____ Tel: _____ Cel: _____

Nombre del Dueño de la Póliza: _____

Autorizo a mi corredor a tramitar mis pre-autorizaciones: _____

Diagnóstico		Procedimientos		Honorarios
ICD-9	Descripción	CPT	Descripción	

Requiere anestesiólogo? Sí ☐ No ☐ Tipo de Anestesia: _____

Fecha programada para la cirugía / procedimiento : _____

Nombre del Hospital: _____ Días solicitados: _____

Razones para la extensión de días: _____

_____

HISTORIAL CLINICO: Favor adjuntar informes de estudios / exámenes que confirmen el (los) diagnóstico(s)

Fecha de inicio de signos y síntomas: _____

_____

_____

_____

Firma del Médico | Sello y RUC | Teléfono | Fax