

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Favor presentar 72 horas antes de la hospitalización

SECCIÓN A.- DEBE SER COMPLETADO POR EL AFILIADO

Tipo de plan **TOTAL** **ELEGIR**

No. de Contrato:..... No. Flia:..... No. Usuario:.....

Fecha de afiliación:..... Ciudad:.....

Nombre de la Empresa:..... Teléfonos:.....

Nombre del Titular:

Nombre del Paciente:..... C.I.:..... Edad:

SECCIÓN B.- DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Detalle de signos y síntomas de la patología actual:

Tiempo de evolución de la enfermedad:.....

Diagnóstico: (Presuntivo y código CIE-10)

Diagnóstico: (Definitivo y código CIE-10)

Código CPT de procedimientos quirúrgicos:.....

La enfermedad actual es:

Aguda Crónica Infecciosa Por accidente Congénita Otros

Especifique:.....

Fecha probable de ingreso para procedimiento:.....

Tiempo estimado de hospitalización (**Desde el ingreso al hospital**):.....

Tipo de cirugía: Emergente Planificada Ambulatoria

Tipo de internamiento: Ambulatoria (Menos de 12 horas) Hospitalización (Más de 24 horas)

Equipo de cirugía requerido: Cirujano Principal Ayudante Anestesiólogo *Cocirujano

Equipos especiales requeridos:

Hospital o Clínica donde se realizará el procedimiento (**Sujeto a modificación de acuerdo al contrato del afiliado**):

Nombre del médico responsable:..... Especialidad:.....

Teléfonos a los que se le puede contactar en caso de ampliar la información:.....

Fecha y ciudad:..... DD/MM/AAAA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE DOCUMENTO SECCIÓN B, ES VERDADERA, AUTORIZANDO LA VERIFICACIÓN DE LA MISMA, ADJUNTO LOS EXÁMENES E HISTORIA CLÍNICA COMPLEMENTARIA.

*Cocirujano, se aprueba conforme revisión de auditoría.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

USO EXCLUSIVO DE AUDITORÍA MÉDICA DE ECUSANITAS

Códigos CPT autorizados por auditoría:

.....

Equipo de cirugía aprobado:

.....

Equipos especiales aprobados:

.....

Clínica aprobada para el procedimiento de acuerdo al contrato del afiliado:

.....

Análisis de auditoría del caso:

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha de recepción:

Fecha de aprobación:

Nombre y firma del médico auditor

INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Para efectos de autorizar un procedimiento quirúrgico, se deberá llenar el Formulario de solicitud de Pre-Autorización de Procedimientos Quirúrgicos de Ecuasanitas de la siguiente manera:

SECCIÓN A.- INFORMACIÓN AFILIADO:

- El contratante, el afiliado o su representante, debe llenar todos los campos que se solicita en esta sección.

SECCIÓN B.- INFORMACIÓN MÉDICA:

- Deberá detallar la sintomatología relevante, tiempo de evolución de la patología y toda la información requerida, con letra clara y legible.
- El diagnóstico presuntivo y definitivo con los códigos CIE-10.
- Procedimientos con códigos CPT.

EL AFILIADO DEBERÁ PRESENTAR:

- Toda esta información se adjuntará copia de los resultados de exámenes complementarios realizados al usuario y que sustenten la incapacidad a tratar.
- La solicitud y los resultados de los exámenes deberá ser presentada por el afiliado a la Compañía con 72 horas de anticipación para la respectiva auditoría médica previa la autorización por escrito.
- La información debe ser completa y veraz, éste es un documento médico legal que servirá para sustentar el pago al prestador del servicio.