

Favor adjuntar a esta solicitud informe médico actualizado, resultado de estudios diagnósticos y presupuesto. Agradecemos completar este formulario en todas sus partes con letra de imprenta y legible, con 10 días de anticipación al procedimiento a realizar. La pre-certificación no garantiza el pago del reclamo. Remita este documento a: preautorizaciones@wwmedicalassurance.com

Información del Asegurado

Nombre del Asegurado Apellido del Asegurado
Número de Póliza Sexo ☐ F ☐ M Fecha de nacimiento
Email Teléfono
Tiene otro Seguro de Salud ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es SI, indicar compañía:
No. de Póliza Fecha de emisión

Autorizo a cualquier médico, hospital o profesional de cuidados de salud o compañía de seguros que tenga información sobre mi salud o cualquiera de mis dependientes a proporcionar información sobre la cirugía o tratamiento a efectuarse a Worldwide Medical Assurance. Dicha información será utilizada para determinar cobertura de la cirugía o procedimiento solicitado.

Firma del Asegurado o Persona Autorizada

Fecha

Información Médica

1. Favor indicar diagnóstico principal (ICD)
2. Favor indicar fecha de los primeros síntomas
3. Favor indicar fecha probable de admisión
4. Favor indicar tiempo probable de estadía
5. La condición se trata de ☐ Hospitalización ☐ Ambulatorio ☐ Cirugía Electiva ☐ Estudios especiales
6. Favor indicar el procedimiento a realizar (CPT)
7. Nombre del médico tratante Teléfono
8. Nombre del médico que lo refiere Teléfono
9. Nombre del hospital Teléfono

Firma y Sello del Médico tratante

Fecha

Para uso de la compañía

Cuarto y Alimentación Miscelaneos de Hospital
Honorarios Médicos
Deducible Coaseguro Días aprobados
Observaciones

Firma

Fecha