

Cualquier ingreso en el hospital o en un establecimiento hospitalario (incluyendo la admisión por el día) para la cirugía, las pruebas diagnósticas, los tratamientos oncológicos, el tratamiento psiquiátrico, el trasplante de órganos y las extracciones dentales. Cualquier servicio relacionado con el embarazo y las complicaciones del embarazo, la atención médica electiva a domicilio, el tratamiento de salud mental, los servicios de audiología, la repatriación de los restos mortales y la ambulancia aérea.

Por favor, deje al menos 2 a 5 días laborales para que la autorización previa sea procesada. Usted debe notificarnos por lo menos 5 días hábiles antes de un ingreso o plan de tratamiento programado u electivo. Si no puede dar aviso anticipado debido a una emergencia, debemos recibir la notificación de parte suya o de su representante a más tardar en 48 horas o al final del primer día hábil siguiente al inicio de la atención. Si no se obtiene la autorización previa, la cobertura por la atención recibida podría estar sujeta a una denegación o a la reducción de sus prestaciones en un 75%.

SECCIÓN A – INFORMACIÓN SOBRE EL TITULAR DE LA PÓLIZA (miembro principal)

Nombre de pila		Apellido	Número de socio
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Dirección		Teléfono (incluya el código de área) ()

SECCIÓN B – INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre de pila		Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA
Género del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Female	Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____	Empleador del paciente (si es el/la cónyuge)	
Si el paciente está cubierto por otro plan de salud, por favor proporcione el nombre y la dirección de la compañía de seguros			

SECCIÓN C – INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR - Para ser llenada por el proveedor

Nombre del médico de cabecera	Teléfono (incluya el código de área) ()	Fax (incluya el código de área) ()
Dirección del médico de cabecera		
Nombre y dirección del médico remitente	Teléfono (incluya el código de área) ()	Fax (incluya el código de área) ()

SECCIÓN D – INFORMACIÓN CLÍNICA - Para ser llenada por el proveedor

Diagnósticos / código CIE-9 y descripción			
Fecha de inicio de la enfermedad / Síntomas MM/DD/AAAA	Si está relacionada con el embarazo, indicar si se trata de un embarazo asistido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La enfermedad o lesión estuvo relacionada con un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Procedimiento recomendado / Código CPT y descripción			Fecha del procedimiento MM/DD/AAAA
¿Se requiere el cirujano asistente en el procedimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este procedimiento es? <input type="checkbox"/> Admisión – duración aprox. de estancia _____ <input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/> Procedimiento en el consultorio	Costo est. del procedimiento \$	Nombre de la instalación donde se realizará el procedimiento
Detalles clínicos (adjuntar información clínica adicional)			
Afirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa, incorrecta u oculta o el no contestar todas las secciones por completo podrían afectar las prestaciones proporcionadas; además, entiendo que el entregar este formulario si contiene declaraciones falsas o engañosas se considera una actividad fraudulenta.			
Firma del proveedor (o firma digital) X			Fecha MM/DD/AAAA

SECCIÓN E – PARA USO SOLO DE GENERALI

Pre-Autorización	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Negada	<input type="checkbox"/> En Revisión	LOS Autorización:
Numero de pre Autorización	Comentarios			
Cobertura	Deducible \$	Servicios Profesionales	Servicios de la Facilidad	
	Deducible Pendiente \$			
Revisado por:				Fecha MM/DD/AAAA

Nota: Cuando la Pre-Autorización es aprobada es valida solo por un mes del día que esta indicado. Esto no garantiza el pago. Los beneficios serán sujetos a los requerimientos de la póliza