

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS ELECTIVAS Y ESTUDIOS ESPECIALES

Parte I Datos del Solicitante	<p>PÓLIZA N°: _____</p> <p>Nombre del Asegurado Directo: _____</p> <p>N° de Cédula: _____</p> <p>Nombre del Paciente: _____</p> <p>N° de Cédula: _____ Edad: _____</p> <p>Correo electrónico: _____ Teléfono: _____</p>
Parte II Servicios a pre- autorizar	<p>a. Hospitalización: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha de Admisión: _____</p> <p style="padding-left: 150px;">Estadía Promedio: _____ días</p> <p>b. Procedimiento o exámenes: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fecha de Procedimiento: _____</p> <p>Honorarios: _____ Cirujano _____ Asistente _____ Anestesia</p> <p>Nombre del proveedor: _____</p>
Parte III Diagnóstico e historial clínico	<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Evolución de la enfermedad ó accidente: _____ Años _____ Meses _____ Días _____ Horas</p> <p>HISTORIAL CLÍNICO (APP - AQX) - MECANISMO DE TRAUMA (Si aplica según diagnóstico):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

COMENTARIOS:

RECOMENDACIONES AL CLIENTE

1. Parte I: lo puede completar usted con su información personal y de póliza.
2. Parte II y III: son de uso exclusivo del médico tratante.
3. El formulario completo debe ser entregado en nuestras Plataformas de Servicio o enviado al correo autorizacionesins@ins-cr.com
4. Adjuntar con su solicitud todos los respaldos que ayudaron al médico tratante a llegar al diagnóstico (ejemplo: reporte de rayos x, laboratorios, ultrasonido, audiometrias entre otros).
5. Asegúrese de someter este formulario directamente al Instituto Nacional de Seguros con por lo menos cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de cirugía sugerida por el médico tratante.

RECOMENDACIONES AL MEDICO

1. Parte II y III: completar con la información de los servicios a pre-autorizar y diagnósticos del paciente.
2. Asegúrese de someter este formulario directamente al Instituto Nacional de Seguros con por lo menos cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de cirugía sugerida por usted.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PRE AUTORIZACIONES

800 MEDICAL (633 4225), servicio 24/7.



autorizacionesins@ins-cr.com

IMPORTANTE:

1. El Instituto Nacional de Seguros podrá obtener copia y/o la evaluación del registro médico en caso de ser necesario. Esta pre-autorización está sujeta a las Cláusulas Términos y Definiciones, inciso 36. Pre-existencia, Períodos de Carencia, Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de la póliza.
2. Este procedimiento se sustenta en la Cláusula Términos y Definiciones; según las nuevas condiciones generales de la póliza.
3. Este documento solo constituye una solicitud de pre-autorización, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros.
4. La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-072 (INS Medical Internacional) de fecha 30 de Mayo del 2019, P16-35-A01-092 (INS Medical Internacional Grandes Deducibles) de fecha 30 de Mayo 2019, P16-35-A01-113 (INS Medical Regional) de fecha 30 de Mayo del 2019, P20-64-A01-694 (Seguro Médico Colectivo Flexible) del 05 de Junio del 2019 y P16-35-A01-143 (Gastos Médicos del INS-Plan 16) del 06-06-2019.

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____

Nº Colegiado: _____

Firma: _____



SELLO

Fecha: _____

Firma y Nº de Identificación del Paciente