

Formulario de Pre-Certificación Servicios Médicos

Datos del Asegurado		
1. Primer Nombre:	2. Segundo Nombre:	
3. Primer Apellido:	4. Segundo Apellido:	
4. Cédula:	5. No. Afiliado:	6. Número de Póliza:
7. Fecha Nacimiento: dd / mm / aa	8. Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>	
9. Tel. Residencial:	10. No. Celular:	11. Tel. Oficina:
12. No. Fax:	13. Tel. en el exterior:	14. E-mail:
15. Nombre y Apellido Intermediario:		
16. Tel. Oficina:	17. No. Celular	18. No. Fax:
19. Está asegurado por otro plan? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Nombre de la otra ARS:	
21. No. Póliza:	22. Fecha Emisión: dd / mm / aa	
Descripción del Servicio		
23. Diagnóstico o síntomas relacionados a la condición: _____		
24. Fecha de los primeros Síntomas: dd / mm / aa	25. Fecha de ingreso: dd / mm / aa	
26. Tipo de procedimiento: Ambulatorio: <input type="checkbox"/> Hospitalario: <input type="checkbox"/> Estudios Electivos: <input type="checkbox"/> Cirugía: <input type="checkbox"/>		
27. Fecha de los servicios: dd / mm / aa	28. Fecha de cirugía: dd / mm / aa	
Datos del Proveedor		
29. Nombre del Proveedor:		
30. Ciudad y Estado:	31. Tel.:	32. No. Fax:
Datos del Médico Tratante		
33. Nombre:	34. Apellido:	
35. Especialidad:	36. Tel.:	37. No. Fax:
38. Nombre Médico que lo refiere:		

1. Favor llenar a letra de molde y legible en todas sus partes. Debe remitir dicho formulario 5 (cinco) días antes de la fecha de servicio.

2. Favor anexar los resultados de laboratorios, pruebas de imágenes e informes médicos, con sus respectivos presupuesto.

Nota: Completar este formulario no garantiza el pago de la reclamación. Formularios incompletos no serán procesados.

Firma del asegurado o representante legal

Fecha