

**SECCIÓN I: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR EL ASEGURADO (requisito indispensable)**

Nombre Asegurado Titular: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

**Datos del Paciente:**

Asegurado Titular:  Cónyuge:  Hijo (a):  Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. DPI: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Reclamo: Nuevo:  Complemento:  Pago Directo:  Total Presentado en Facturas: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonidos y Rayos X, etc., pertenecientes a esta solicitud. Queda entendido que **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** se reserva el derecho de procesar esta solicitud hasta obtener toda la información necesaria.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente (Si es distinto del Asegurado Titular)

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha:

**SECCIÓN II: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR LA EMPRESA CONTRATANTE (Soló para pólizas colectivas)**

No. de Póliza: \_\_\_\_\_ Razón Social de la Empresa Contratante: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Empleado (Asegurado Titular): \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Asegurado Dependiente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de la Empresa:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

**SECCIÓN III: PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR MÉDICO TRATANTE (Requisito indispensable)**

Confirmo en mi condición de Médico, haber asistido al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la causa básica de la enfermedad: \_\_\_\_\_ Tiempo de Evolución: \_\_\_\_\_

Causa de esta solicitud: Enfermedad:  Accidente:  Embarazo:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

En caso de Accidente: (Describa) \_\_\_\_\_

En caso de Embarazo, indicar : Fecha de U.R: \_\_\_\_\_ Fecha P.P: \_\_\_\_\_

Descripción de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ No. Colegiado: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Fecha:

**INSTRUCCIONES:**

Si su solicitud es por reembolso convencional, deberá completar las secciones que le corresponden, adjuntando facturas de los gastos incurridos por medicamentos, laboratorios, médicos y hospital.

Sí su solicitud es para Estudios Especiales, Medicamentos u Hospitalización Programada, enviar el formulario al correo de autorizaciones@universales.com o bien al Fax 2384-7401.

No. VERIFICACIÓN:

**PAGO DIRECTO:**

Completar con letra legible. Es importante no dejar espacios en blanco, para que se pueda emitir autorización.

**ORDEN DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA:**

1 _____	2 _____
3 _____	4 _____
5 _____	6 _____
7 _____	8 _____
9 _____	10 _____

Otros: \_\_\_\_\_

**ORDEN DE ESTUDIOS ESPECIALES (necesitan pre autorización):**

Centro de Diagnóstico Afiliado al que se refiere: \_\_\_\_\_

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ecocardiograma                 | <input type="checkbox"/> Electroencefalograma  | <input type="checkbox"/> Tomografía           |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma             | <input type="checkbox"/> Electromiograma       | <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética |
| <input type="checkbox"/> Monitorio ambulat. P. Arterial | <input type="checkbox"/> Doppler Carotideo     | <input type="checkbox"/> Mamografía           |
| <input type="checkbox"/> Holter Cardíaco                | <input type="checkbox"/> Doppler Trasesofágico | <input type="checkbox"/> Densitometría Ósea   |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo             | <input type="checkbox"/> Centellograma         | <input type="checkbox"/> Pielograma           |
| <input type="checkbox"/> Gastroscopia                   | <input type="checkbox"/> Colonoscopia          | <input type="checkbox"/> E.R.C.P.             |
| <input type="checkbox"/> Otros:                         |  |   |

**MEDICAMENTOS (necesitan pre autorización):**

Nombre del Medicamento	Nombre Genérico	Dosis y Frecuencia	Tiempo de Tratamiento		
			Días	Mes	Indefinido
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

**HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA (necesita pre-autorización)**

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha Ingreso Hospital: \_\_\_\_\_

Sí existe cirugía favor completar: \_\_\_\_\_ \*(Tabla de valores Relativos de California)

Código (s)\* \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	Honorario Solicitado	Nombre del Médico	No. Colegiado	Especialidad
Cirujano Principal	Q. _____	_____	_____	_____
Ayudante	Q. _____	_____	_____	_____
Anestesia	Q. _____	_____	_____	_____
Otros	Q. _____	_____	_____	_____
Equipo Especial	_____	_____	_____	_____

Adjuntar todos los estudios realizados, para esta solicitud enviar con tres días de anticipación a la fecha de ingreso al hospital.

**SEGUROS UNIVERSALES S.A.** pagará los honorarios médicos autorizados dependiendo de los convenios particulares. En ningún momento se pagarán aquellos gastos no autorizados.

**Importante:** Este formulario tiene una validez de 15 días hábiles, desde la fecha en que el médico lo extiende. Deberá ser completado sin tachones o enmiendas.