

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN



Si no se trata de una emergencia médica tal como se define en el contrato de su póliza, usted deberá esperar hasta que tenga una autorización escrita emitida por el equipo de pre-autorizaciones de GBG antes de proceder con cualquier procedimiento que requiera pre-autorización. De lo contrario, se aplicará un copago de penalidad a sus reclamaciones y el proveedor podría rehusarse a facturarnos directamente. Su póliza tiene requisitos concernientes a la pre-autorización de ciertos tratamientos y procedimientos. Las autorizaciones que no sean para emergencias pueden tardar hasta 5 días hábiles en ser emitidas.

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A GBG

En línea: latam.gbg.com • Correo electrónico: preauthorizations@gbg.com • Fax: +1.949.271.2373

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____

Póliza #: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Empleador (si corresponde): _____

Dirección: _____

Código postal: _____ País: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

B. SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico: _____

Nombre del procedimiento o tratamiento: _____

¿Se someterá el paciente a cirugía? SÍ NO

Fecha prevista de cirugía/ingreso como paciente interno (dd/mm/aaaa): _____

¿Quedará hospitalizado el paciente durante la noche? SÍ NO

En caso afirmativo, indique el número previsto de días/duración: _____

INGRESOS POR MATERNIDAD SOLAMENTE – Tipo de parto anticipado: Vaginal Cesárea

Costo estimado y moneda del médico/cirujano: _____

Costo estimado y moneda del hospital/centro médico: _____

Primera fecha en que ocurrió la lesión, enfermedad o accidente (dd/mm/aaaa): _____

Primera fecha en que usted recibió tratamiento para esta afección (dd/mm/aaaa): _____

Describa el o los tratamientos recibidos para esta afección, si corresponde, e incluya las fechas (p. ej.: medicamentos, consulta, cirugía, hospitalización): _____

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN



TRATAMIENTO RESULTANTE DE:

- a. ¿Ocupación del paciente? SÍ NO
b. ¿Accidente automovilístico? SÍ NO
c. ¿Algún tipo de accidente? SÍ NO

Si responde afirmativamente a alguna de estas preguntas, por favor indique fecha y detalles del accidente:

¿HA TENIDO UN DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO ANTERIORMENTE POR UNA AFECCIÓN IGUAL O SEMEJANTE? DE SER ASÍ, INDIQUE FECHAS, RESULTADOS, TIPO DE TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS RECETADOS, NOMBRE DEL MÉDICO/CENTRO MÉDICO.

¿TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTO ESTE PACIENTE POR:

- a. Otro(s) plan de salud/dental de grupo? SÍ NO
b. Medicare / otra entidad gubernamental? SÍ NO
c. Seguro contra todo riesgo para vehículos? SÍ NO

Si responde afirmativamente a alguna de estas preguntas, por favor indique:

Nombre de la aseguradora: _____ Número de póliza de la otra fuente: _____

Dirección de la aseguradora: _____

C. INFORMACIÓN SOBRE EL HOSPITAL / MÉDICO

Nombre del hospital/centro médico: _____

Número de identificación fiscal: _____
(Tax ID Number, para hospitales de EE.UU. solamente)

Nombre del médico / proveedor: _____

Número de identificación fiscal: _____
(Tax ID Number, para hospitales de EE.UU. solamente)

Dirección: _____

Código: _____ País: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

D. AUTORIZACIÓN

Toda persona que a sabiendas presente un reclamo con representación errónea o cualquier información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de delito sancionable según la ley y estar sujeto a sanciones civiles.

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Al escribir mi nombre en este formulario, lo estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita.