



**WorldWide**  
Medical

# Precertificación De Servicios Médicos

Favor adjuntar a esta solicitud informe médico actualizado, resultado de estudios diagnósticos y presupuesto. Agradecemos completar este formulario en todas sus partes con letra de imprenta y legible, con 10 días de anticipación al procedimiento a realizar. La pre-certificación no garantiza el pago del reclamo. Remita este documento a: Fax: (507) 213-9796 y/o preautorizaciones@wwmedicalassurance.com

## Información del Asegurado

Nombre del Asegurado	<input type="text"/>	Apellido del Asegurado	<input type="text"/>
Número de Póliza	<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
		Fecha de nacimiento	<input type="text"/> d   <input type="text"/> m   <input type="text"/> a   <input type="text"/> a   <input type="text"/> a
Email	<input type="text"/>		Teléfono
Tiene otro Seguro de Salud	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es SI, indicar compañía: <input type="text"/>	
No. de Póliza	<input type="text"/>	Fecha de emisión	<input type="text"/> d   <input type="text"/> m   <input type="text"/> a   <input type="text"/> a   <input type="text"/> a

Autorizo a cualquier médico, hospital o profesional de cuidados de salud o compañía de seguros que tenga información sobre mi salud o cualquiera de mis dependientes a proporcionar información sobre la cirugía o tratamiento a efectuarse a Worldwide Medical Assurance. Dicha información será utilizada para determinar cobertura de la cirugía o procedimiento solicitado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Información Médica

- Favor indicar diagnóstico principal (ICD)
- Favor indicar fecha de los primeros síntomas
- Favor indicar fecha probable de admisión
- Favor indicar tiempo probable de estadía
- La condición se trata de  Hospitalización  Ambulatorio  Cirugía Electiva  Estudios especiales
- Favor indicar el procedimiento a realizar (CPT)
- Nombre del médico tratante  Teléfono
- Nombre del médico que lo refiere  Teléfono
- Nombre del hospital  Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Para uso de la compañía

Cuarto y Alimentación	<input type="text"/>	Miscelaneos de Hospital	<input type="text"/>
Honorarios Médicos	<input type="text"/>		
Deducible	<input type="text"/>	Coaseguro	<input type="text"/>
		Días aprobados	<input type="text"/>
Observaciones	<input type="text"/>		

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

WFORM-WWM-OPE-REC-PAN-02