Allianz

Planes internacionales de salud para México

Formulario de preautorización

Para su comodidad, este formulario también está disponible en nuestra página web:
https://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados/proceso-de-garantia-de-pago-y-formularios.html
Complete este formulario en **MAYÚSCULAS**.

No se necesita preautorización para **atención médica de emergencia**, pero es necesario que usted, su médico, uno de sus dependientes o un compañero debe informarnos de la hospitalización **no más tarde de 48 horas tras la emergencia**.

Nuestra línea de asistencia (+353 1 630 1304) puede tomar los datos para la preautorización al teléfono. Esto nos permitirá organizar el pago directo, cuando sea posible. Por favor, antes de llamar, asegúrese tener a mano tantos datos como le sea posible, incluidos los datos de contacto de su médico.

La sección 1 debe completarse por el paciente o en nombre del paciente

La sección 2 debe completarse por el médico

Por favor, complete debidamente el formulario para evitar demoras en garantizar la atención médica por tener que contactar con su proveedor médico o con usted mismo para obtener la información que falta.

La póliza del paciente debe ser válida en el momento de recibir el tratamiento. La preautorización está sujeta a las condiciones de la póliza de seguro, así como a la evaluación de todos los certificados médicos y los demás documentos relacionados con la enfermedad en cuestión, recibidos por Allianz.

1 Datos del paciente a completar por el paciente o en nombre del paciente

Número de póliza

Sr.☐ Sra.☐ Srta.☐ Otro Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento D D / M M / A A A A

Persona de contacto (por favor, especifique con quién debemos contactar acerca de la tramitación de esta preautorización)

Nombre

Relación con el paciente (por ejemplo: cónyuge/pareja, padre, o bien el mismo paciente)

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Teléfono móvil PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

Aviso sobre protección de datos

Allianz México, S.A. Compañía de seguros ("Allianz") con dirección en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 164, Colonia Lomas de Barrilaco, Mayor's Office Miguel Hidalgo, C.P. 11010, en Ciudad de México, México, usará su información personal recogida aquí para lo siguiente: A) verificar, confirmar y validar su identidad: B) evaluar su solicitud de afiliación y selección del riesgo o las circunstancias en las que, cuando sea apropiado, formalizar contratos con Allianz; C) cumplir con las obligaciones derivadas del contrato de seguro que, cuando sea apropiado, se formalice; D) entregar la documentación que se derive del contrato de seguro que, cuando sea apropiado, se formalice; E) operar y monitorizar el producto de seguro solicitado o contratado con Allianz; y F) prevenir y detectar el fraude u operaciones ilegales.

Para más información sobre el tratamiento de datos y los derechos que puede ejercer, puede acceder al aviso completo sobre protección de datos en nuestra página web: https://www.allianz.com.mx/aviso-de-privacidad (sólo disponible en español).

Necesitamos su consentimiento

Necesitamos su consentimiento para tratar su información médica y pagar sus gastos médicos. Si todavía no nos ha dado su consentimiento, entre en https://my.allianzcare.com/myhealth/login, acceda a los servicios online y marque los campos requeridos. Podemos enviarle una copia en papel si la solicita. Tenga en cuenta que cada afiliado de la póliza que sea mayor de 18 años debe dar su propio consentimiento.

Confirmo que no exigiré la aplicación de mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico y autorizo a mis médicos, especialistas, dentistas, profesionales médicos y empleados del hospital a comunicar cualquier información relativa a mi enfermedad a mi aseguradora, a sus asesores médicos, a sus representantes oficiales o a cualquier tercero que sea nombrado como experto para evaluar mi condición clínica en caso de disputas (sujeto a cualquier restricción legal aplicable).

Si el paciente es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar por él en esta sección.

Firma del paciente

Fecha D D / M M / A A A A

La aseguradora es Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, registrada en México, con el número de empresa BVD ID: MXAMS950419EG4. Sede central: Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 164 Piso 1, Colonia Lomas de Barrilaco Miguel Hidalgo, 11010, Ciudad de México. Allianz México, S.A. Compañía de Seguros está regulada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en México. Esta póliza está respaldada por AWP Health & Life SA, una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances"). Parte del Grupo Allianz, AWP Health & Life SA está registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.

2 Información de la atención médica a completar por el médico

- Si se necesita atención médica adicional, se debe informar a Allianz.
- Tenga en cuenta que las facturas deben enviarse en un plazo de 60 días tras el alta del paciente. Si hay acuerdos especiales entre el proveedor médico y nosotros, se aplicarán esos acuerdos.

Enfermedad

Descripción de la enfermedad y síntomas:

Causa subyacente (si se conoce)

¿Cuándo le fue diagnosticada al paciente esta condición médica por primera vez? D D / M M / A A A A

Fecha en que el paciente fue visitado por primera vez en relación a esta enfermedad D D / M M / A A A A

¿Cuándo aparecieron los síntomas para el paciente por primera vez? D D / M M / A A A A

Diagnóstico (si se desconoce indique el diagnóstico provisional)

CIE9/10 DSM-IV DRG

Maternidad

Fecha de confirmación del embarazo por el médico D D / M M / A A A A

Fecha estimada o real del parto D D / M M / A A A A

¿La paciente espera a un solo bebé? Sí ☐ No ☐

Si ha contestado "No", ¿el embarazo es el resultado de un tratamiento de reproducción médicamente asistida que no sea la inseminación artificial? Sí ☐ No ☐

Tipo de parto

Atención médica

Procedimiento programado

Fecha programada de ingreso D D / M M / A A A A

Atención médica en los EE.UU. o el Reino Unido

Código CPT Código CSSD

Descripción

Coste

Para atención médica en Alemania (DRG) confirme el precio base (Basisfallpreis)

Duración aproximada de la hospitalización noches ☐ /días ☐ (marcar según corresponda)

¿Se le ofrece al paciente un precio único relativo a un paquete de prestaciones? Sí ☐ No ☐ Si ha contestado "Sí", indique el precio y la divisa

Si ha contestado "No", proporcione un desglose de los costes previstos:

Gastos hospitalarios	Honorarios de médico/anestesista	Coste total estimado (incluya la divisa):

Hospital/centro médico

Nombre del hospital/centro médico	
Dirección (incluya el país)	
Correo electrónico (obligatorio)	
Teléfono (incluya el prefijo internacional y local)	
Fax (obligatorio , incluya el prefijo internacional y local)	

	Médico que deriva	Médico tratante/responsable del ingreso
Nombre		
Correo electrónico (obligatorio)		
Teléfono (incluya el prefijo internacional y local)		
Fax (obligatorio , incluya el prefijo internacional y local)		

FRM-Mexico-TG-ES-1021

Por favor, firme y selle el formulario.

Confirmo que, a mi leal saber y entender, toda la información aquí proporcionada es verdadera y completa.

Firma del médico

Fecha D D / M M / A A A A

Sello oficial del proveedor médico

Envíe este formulario debidamente completado al menos cinco días antes de recibir la atención médica:

Correo electrónico: medical.services@allianzworldwidecare.com or

Fax: + 353 1 653 1780 or

Carta: Medical Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

Le recomendamos que guarde copias de toda su correspondencia con nosotros ya que no podemos hacernos responsables de no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro razonable control.

Para cualquier pregunta, comuníquese con nuestra línea de asistencia: +353 1 630 1304 o client.services@allianzworldwidecare.com.