Forma de
Solicitud de Pre-Certificación

MWG INTERNATIONAL
A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue, Suite 801
Coral Gables, FL 33134

Para ser completada por el Asegurado

Parte I: Información del Asegurado Principal

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Número cliente	Correo electrónico	Tel *(Residencia/Celular)*
Dirección		Fecha de nacimiento *(Día/Mes/Año)*

Parte II: Información del reclamante

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento *(Día/Mes/Año)*	Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	Relación con el Asegurado Principal ☐ El mismo ☐ Cónyuge ☐ Niño

Parte III: Servicios relacionados con el accidente

Fecha del accidente o lesión *(Día/Mes/Año)*	¿Ocurrió el accidente o lesión mientras estaba trabajando? ☐ Si ☐ No	¿Son las lesiones por accidente de tráfico? ☐ Si ☐ No
¿Como ocurrió el accidente o lesión?		

Parte IV: Servicios relacionados con la enfermedad

Diagnóstico actual	Especialidad del médico que le atiende
Fecha en que se manifestó el primer síntoma *(Día/Mes/Año)*	Dirección del médico que le atiende
Nombre del médico tratante	Teléfono(s)
Especialidad del médico tratante	Nombre de cualquier otro médico que usted ha visto
Dirección del médico tratante	Especialidad de cualquier otro médico que usted ha visto
Teléfono(s)	Dirección de cualquier otro médico que ha visto
Nombre del médico que le atiende por la condición actual *(Si es diferente al médico de familia)*	Teléfono(s)

Yo declaro que toda la información en este formulario es proporcionada conforme a la verdad. Al firmar autorizo a cualquier hospital, institución medica, compañía de seguros, empleador, unión, o asociación a que suministre información a MWG International como es requerido para procesar esta reclamación. Una copia fotostática de esta autorización será considerada valida como la original.

_____ Fecha _____ /_____ /_____

Firma del asegurado (paciente) Día Mes Año

(En caso de que el asegurado (paciente) sea menor de edad, el asegurado principal debe firmar este formulario)

Forma de Solicitud de Pre-Certificación *(continuación)*

Para ser completado por el Médico Tratante

Parte V: Información del Paciente

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino

Fecha en la cual consultó al paciente por primera vez *(Día/Mes/Año)*	Fecha en que se manifestó el primer síntoma u ocurrió el accidente *(Día/Mes/Año)*	Fecha en la que el paciente le consulto por esta condición *(Día/Mes/Año)*

Parte VI: Historial Médico

Historia de la enfermedad actual	
Historia médica/Familiar/Social pasada	
Examinación física	Fecha primeros síntomas se produjeron *(Por favor adjunto los resultados)*
Diagnóstico *(ICD-9)*	Plan o tratamiento *(CPT-Code)*
Hospital para realizar el tratamiento	Fecha para realizar el tratamiento *(Día/Mes/Año)*
Dirección del médico tratante	Especialidad de cualquier otro médico que ha visto *(Por favor liste cualquier otro médico consultado por la misma condición)*

HONORARIOS: Cirujano *(Si aplica)* _____ 1er Asistente *(Si aplica)* _____ Anestesiólogo *(Si aplica)* _____

_____ Fecha _____ /_____ /_____

Firma del médico Día Mes Año

_____

Número de licencia

Forma de Solicitud de Pre-Certificación *(continuación)*

Para ser completado por el Médico Tratante

Parte VII: Pre-Certificación de Maternidad

Altura uterina	Fecha de la última menstruación *(Día/Mes/Año)*
Edad gestacional	Fecha probable de parto *(Día/Mes/Año)*
Progreso de la maternidad	
HONORARIOS: Parto normal Cirujano _____ Anestesiólogo _____ 1er Asistente _____ Pediatra _____	
HONORARIOS: Cesárea Cirujano _____ Anestesiólogo _____ 1er Asistente _____ Pediatra _____	
Hospital del parto o cesárea	
Nombre del médico	Teléfono
Dirección	

_____ Fecha _____ /_____ /_____

Firma del médico — Día Mes Año

_____

Número de licencia

NOTA: *Si fuera necesario información adicional, será solicitada por la compañía.*

PROCESO DE PRE-CERTIFICACION Y GARANTIA DE PAGO

Antes de una admisión o ingreso hospitalario, usted debe pre-certificar su admisión o ingreso de la siguiente manera.

1. En caso de ingreso al hospital, que no es emergencia, el asegurado o el médico tratante que lo ingresa deben contactar al administrador con un mínimo de quince (15) días antes del ingreso al hospital para certificar la admisión basada en una necesidad medica probada. El administrador debe recibir los archivos medicos completo del médico tratante.

2. En caso de emergencia, el hospital en el cual el asegurado ha sido admitido o ingresado debe contactar al administrador dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la admisión o el ingreso, sin importar si el asegurado ha sido dado de alta o no.

3. En cualquier caso de hospitalización, el administrador debe recibir un reporte médico que incluya el reporte de ingreso al hospital, diagnóstico, tratamiento requerido, supuesta fecha del alta. De requerir cirugía, el administrador necesitará los reportes del cirujano y del anestesiólogo.

4. Cuandosea notificado por adelantado, el administrador enviará una garantía de pago al hospital de acuerdo a los términos de la póliza escogida por el asegurado. La compañía pagará los honorarios de reclamación directamente al hospital. *El incumplimiento de lo expuesto resultará en reducción de beneficios.*