

CERERE DE PRE-AUTORIZARE

TRANSMITETI ACEST FORMULAR CATRE MEDICAL OCUPATIONAL – PRESTATORUL GENERAL DE SERVICII MEDICALE AL ASIGURATORULUI ; Email: medifon@medoc.com.ro Fax: 021/335.42.42 Tel: 021/335.43.43
ESTE OBLIGATORIU SA COMPLETATI TOATE CAMPURILE DE MAI JOS PENTRU A PUTEA PROCESA ACEASTA CERERE DE PRE-AUTORIZARE

Daca nu aveti o urgenta medicala, asa cum este definita in contractul de asigurare, trebuie sa asteptati pana primiti acordul scris de la Medical Occupational inainte sa continuati orice alta procedura care necesita pre-autorizare. Va rugam sa va consultati contractul de asigurare/ghidul de asigurare pentru a vizualiza lista de proceduri de urmat si conditiile cu privire la pre-autorizarea anumitor tratamente/proceduri, in caz contrar, se va aplica penalitatea de co-plata. Pentru a obtine pre-autorizarea serviciilor, va rugam sa completati formularul de mai jos si asigurati-va ca furnizati toate detaliile importante/relevante. Odata completat, va rugam sa transmiteti formularul impreuna cu toate documentele medicale relevante, pentru a evidenta necesitatea medicala a tratamentelor ce urmeaza sa le efectuati, la adresa de email medifon@medoc.com.ro Ca parte a procesului de pre-autorizare, e posibil sa vi se solicite obtinerea si transmiterea unor informatii suplimentare pentru a va autoriza procedura. Odata primite toate informatiile necesare, veti fi notificat asupra deciziei finale. Va rugam sa tineti cont de faptul ca acele cazuri care nu sunt considerate urgente au perioada de solutionare mai mare de 5 zile lucratoare.

A. INFORMATII ASIGURAT – va rugam sa completati informatiile lizibil			
Nume si prenume:		Contractant:	
CNP:	Data nasterii:	Email:	Nr. Tel:
Diagnostiche, simptome, dureri (necesitate medicala pentru procedura in cauza, scrisoare medicala emisa de un medic /in UPU sau copie fisa consult completata de un medic /in UPU):			
Va suporta asiguratul/dependentul operatia: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Daca Da, nr. de zile de spitalizare preconizate: Pentru spital privat se va transmite copia contractului de servicii de spitalizare (daca se acorda discount de catre spital)			
Numele procedurii/tratamentului:			
Data preconizata a operatiei sau internarea bolnavului (LL/ZZ/AA):			
Tipul de nastere preconizat: <input type="checkbox"/> Naturala <input type="checkbox"/> Cezariana			
Costuri estimate ale medicului/chirurgului: Moneda:		Costuri estimate pt. spitalizare: Moneda:	
Numele spitalului: Localitate:			
Data producerii accidentului, plagii sau instalarii bolii (LL/ZZ/AA): Descrieti cum s-a produs accidentul, daca este cazul:			
Prima data cand ati primit tratament pt. accident, plaga, boala (LL/ZZ/AA):			
Precizati tratamentele anterioare primite pt. aceasta boala, daca exista, inclusiv informatii (ex: medicamente, consultatii, interventii chirurgicale, spitalizari)			
B. INFORMATII MEDIC			
Nume medic curant/chirurg:			
Adresa:			
Nr. Tel / Fax:		email:	
Va rugam sa atasati examinarile si/sau scrisorile medicale pt. a justifica necesitatea acestei cereri.			
C. SEMNATURA			
Orice persoana care completeaza in mod constient o cerere de dauna care contine informatii false, incomplete sau derutante se face vinovata de o infractiune care este pedepsita prin lege sau poate face obiectul unor sanctiuni civile.			
Semnatura _____		Data _____	