


## PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIONES PROGRAMADAS

---

- Confirme que tanto el Médico Cirujano como el Asistente y Anestesista, así como el Hospital; pertenezcan a MediRed de Adisa o a la Red General, para que la totalidad de los gastos médicos puedan ser cubiertos por **Adisa**, mediante pago directo.
- El médico le completará el Formulario de Pre-Autorización de Gastos Médicos. (ver ejemplos de los formularios al final de este documento)
- Envíenos el formulario completo en todas sus secciones a [Autorizaciones@adisa.cr](mailto:Autorizaciones@adisa.cr); por lo menos con 5 días de anticipación a la fecha en la que se realizará la hospitalización.
- Verifique que el Médico anote los honorarios desglosados para cada profesional (Cirujano, Anestesista y Asistente); ya que esto es necesario para gestionar lo más pronto posible su autorización.
- Junto al formulario, adjunte los exámenes, estudios y análisis que sirvieron de base para determinar el diagnóstico y los cuales justifican la necesidad de la cirugía.
- Si fuera necesario facilitar más datos o documentos para completar la solicitud de autorización, se le notificará por correo electrónico, para que los mismos sean aportados.
- En caso de parto, éste podrá ser programado a partir del séptimo mes de embarazo. Para solicitar autorización por cesárea deberán adjuntarse todos los estudios que justifiquen la necesidad de la misma.
- Una vez, nuestro Departamento Médico haya analizado toda la documentación presentada, le responderemos dentro de 24 horas tras la recepción de la solicitud correctamente cumplimentada.
- Al ingresar al Hospital deberá presentar su pre-autorización.
- No olvide llevar su carné que lo identifica como parte de nuestro selecto grupo de asegurados de **Adisa** y un documento de identificación.
- Antes de que el Médico Afiliado le dé el egreso, solicite su Estado de Cuenta al Departamento de Caja del Hospital, para revisar que todo lo facturado esté relacionado con los servicios médicos que Ud. recibió.
- El Departamento de Caja del Hospital emitirá una factura a su nombre por concepto del coaseguro que le corresponde pagar de acuerdo a las condiciones de su póliza. En esta factura también se incluirán los gastos no elegibles que le corresponderá pagar como: gastos de cafetería, teléfono, agua pura, etc.; así como los montos que sobrepasen los sub-límites contratados en su póliza.
- **Adisa** pagará el resto directamente al Hospital y a los Médicos Afiliados a la Red.

## FORMULARIO DE MEDIED DE ADISA

Éste es el formulario que le completará el Médico de MediExpress de Adisa. Los mismos son de uso exclusivo de nuestros Médicos Afiliados, por lo que al asistir al consultorio, el Médico se lo proporcionará.

RED MÉDICA DE ADISA PRE-AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE GASTOS MÉDICOS <small>(para uso exclusivo de proveedores de Adisa)</small>		 <small>Aseguradora del Istmo</small>	
<b>SECCIÓN A. Información que debe ser completada por el Paciente.</b>			
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR: _____		<small>NOMBRES</small>	<small>APELLIDOS</small>
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____		<small>NOMBRES</small>	<small>APELLIDOS</small>
PARENTESCO: Cónyuge: <input type="checkbox"/> / Hijo(a): <input type="checkbox"/>	EDAD PACIENTE: <input type="text"/>	TELÉFONO: <input type="text"/>	
EMPRESA / PÓLIZA: <input type="text"/>			
CORREO ELECTRÓNICO: <input type="text"/>		CÉDULA / DIMEX / PASAPORTE PACIENTE: <input type="text"/>	
<b>SECCIÓN B. Información que debe ser completada por el Médico Tratante.</b>			
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____		<small>NOMBRES</small>	<small>APELLIDOS</small>
NÚMERO DE COLEGIADO: <input type="text"/>	TELÉFONO: <input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO: <input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO: _____			
TRATAMIENTO SE OFRECE POR: <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD / <input type="checkbox"/> ACCIDENTE. FECHA ESTIMADA INICIO: <input type="text"/>			
¿HA RECIBIDO EL PACIENTE TRATAMIENTO MÉDICO O HA SIDO HOSPITALIZADO ANTERIORMENTE POR ESTA MISMA INCAPACIDAD? AMPLÍE: _____			
TRATAMIENTO: _____			
ORDENA PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO. ORDENA HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO.			
SI SE PRACTICA CIRUGÍA DESCRIBA LA OPERACIÓN: _____			
No. DE CÓDIGO QUIRÚRGICO: <input type="text"/>			
PROCEDIMIENTO POR CONDICIÓN DE EMBARAZO: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO. FECHA ESTIMADA INICIO: <input type="text"/>			
HOSPITAL PROPUESTO: <input type="text"/>			
FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: <input type="text"/>		FECHA DE EGRESO AL HOSPITAL: <input type="text"/>	
ESTIMADO DE HOSPITALIZACIÓN: <input type="text"/>			
NOMBRE DEL CIRUJANO: <input type="text"/>		HONORARIOS: <input type="text"/>	
NOMBRE DE ANESTESISTA: <input type="text"/>		HONORARIOS: <input type="text"/>	
NOMBRE DE ASISTENTE: <input type="text"/>		HONORARIOS: <input type="text"/>	
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE			FECHA: <input type="text"/>
<small>Autorizo a todos los médicos, hospitales y demás instituciones o personas que me trataron por la enfermedad descrita en este formulario, para que suministren a ADISA, cualquier información incluyendo copias exactas de los archivos, exámenes para diagnóstico y demás información pertinente.</small>			
_____ <small>FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR</small>			

# Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
 EDIFICIO STEWART TITLE, 4TO PISO,  
 SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
 (506)4101-0000

EMAIL  
 info@adisa.cr

WEB  
 www.adisa.cr

FORMULARIO DE RED GENERAL

Éste es el formulario que le completará el Médico de Red General.



FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Certificado Individual: \_\_\_\_\_

Nombre completo del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente que recibe el tratamiento: \_\_\_\_\_

CONYUGE \_\_\_\_ HUIO(A) \_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Número de Colegiado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Describe si el tratamiento se ofrece por enfermedad o accidente: \_\_\_\_\_

Indique la fecha cuando se inició la enfermedad o lesión: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el paciente tratamiento médico o ha sido hospitalizado anteriormente por esta misma incapacidad? Amplie: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Está usted ordenando:      Procedimiento Especial de Diagnóstico    Si \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Hospitalización    Si \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si va a practicar una cirugía describa la operación y el No. De Código Quirúrgico: \_\_\_\_\_

Se debe a condición de embarazo, si es así cuando inició el mismo: \_\_\_\_\_

HOSPITAL PROPUESTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_\_

ESTIMADO HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

CIRUJANO: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ASISTENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Tratante

Fecha: \_\_\_\_\_

**Asegurado:** Autorizo a todos los médicos, hospitales y demás instituciones o personas que e trataron por enfermedad descrita en este formulario, para que suministren a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cualquier información incluyendo copias exactas de los archivos, exámenes para diagnóstico y demás información pertinente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular

Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE, 4TO PISO,  
SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506)4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
www.adisa.cr