



MedisSmart es un plan de medicina prepagada
San José, Tibás
Hospital Metropolitano, 4to Piso

PLAN DE MEDICINA PREPAGADA

de Autorización
MediSmart

Fecha de Trámite

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE BENEFICIO

1 de 1

1. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE

Nombre Completo:	<input type="text"/>
Cédula:	<input type="text"/>
Número de Afiliado:	<input type="text"/>

Teléfono Celular:	<input type="text"/>
Otro Teléfono:	<input type="text"/>

2. INFORMACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DINERO

- La siguiente información corresponde al titular de la cuenta bancaria al cual se le realizará el reembolso del dinero.
- La cuenta bancaria deberá ser en la misma moneda en que se emite la factura.
- La cuenta cliente (IBAN) debe contener 22 dígitos.

# Cuenta IBAN (22 Dígitos):	<input type="text"/>
Banco Emisor:	<input type="text"/>
Titular de la cuenta:	<input type="text"/>
# cédula:	<input type="text"/>

3. INFORMACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO

Nombre del doctor o clínica a la cual asistió:	<input type="text"/>
Especialidad:	<input type="text"/>
Fecha de la cita:	<input type="text"/>
% de reembolso autorizado:	<input type="text"/>
Monto de la factura a reembolsar:	<input type="text"/>
# de factura electrónica:	<input type="text"/>

IMPORTANTE:

- Documentos que debe adjuntar a este formulario: Copia de cédula y los 2 documentos de la factura electrónica (PDF y .xml). Enviar al correo info@medismart.net y colocar en el asunto del correo: Reembolso y el # de autorización brindado.
- Deberá solicitar la factura electrónica por el monto que MediSmart acordó reembolsar a nombre de: 3-101-675402 S.A
- MediSmart tendrá un tiempo no mayor a 15 días naturales para realizar el reembolso del dinero a la cuenta bancaria indicada, a partir de la recepción de este formulario y demás documentos debidamente completados.
- El reembolso por servicios médicos aplica únicamente con médicos que se encuentren fuera de nuestra Red Médica MediSmart.
- El monto reembolsable será un monto fijo establecido por MediSmart acorde a cada especialidad.
- Para el GAM quedan excluidas para reembolsos las siguientes especialidades: Medicina General, Oncología, Nutrición, Fisioterapia, Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía, Odontología, Servicios de Radiología y Laboratorios.
- El número de autorización brindado tendrá una vigencia de 7 días naturales, pasado este tiempo dejará de tener validez y se deberá de solicitar uno nuevo a nuestros centros de atención.

En caso de dudas para completar este formulario, por favor contactarnos al teléfono: 2528-5400 o al correo electrónico: info@medismart.net

FIRMA DEL PACIENTE O ENCARGADO LEGAL

- El formulario deberá ser firmado por el paciente.
- En caso de que el paciente sea menor de edad, este formulario deberá ser firmado por la madre, padre o encargado legal del menor.

FIRMA: _____

Comentarios Adicionales (opcional):