

DATOS DEL CONTRATANTE DE PÓLIZA		No. Póliza 2000020345	
Empresa:	UNIVERSIDAD CATOLICA DE HONDURAS "NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ"	Sucursal:	OFICINA SAN PEDRO SULA
Categoría:	UNIVERSIDAD CATOLICA DE HONDURAS	Fecha Emisión de Póliza:	29/4/2022
Fecha Vigencia:	Desde: 1/4/2023 Hasta: 1/4/2024	Tipo de Producto:	COLECTIVO

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre del titular:	ERIKA ANABELL BERRIOS PINEDA	Nro. de Certificado:	537
Nombre del Paciente:	ERIKA ANABELL BERRIOS PINEDA	Fecha de Alta:	01/04/2022
Parentesco:	TITULAR FEMENINO	Edad:	46
Género:	FEMENINO	Fecha Nacimiento:	14/12/1976

DATOS DE SOLICITUD			
Fecha de ingreso de solicitud:	16/11/2023 06:03:13 PM	Proveedor:	LABORATORIOS LABSA
Usuario ingreso de solicitud:	HN31299	Médico de Red:	4682-SONIA ANDREA MORADEL LEIVA
Fecha de ingreso al Hospital:	18/11/2023	Otros médicos:	
Tiempo de estadía hospitalaria:	0	Especialidad:	NINGUNO
Diagnóstico:	E889-TRASTORNO METABOLICO, NO ESPECIFICADO	Honorarios Médicos:	0
Otro diagnóstico:	DESCARTAR SD. METABOLICO, INFECCION TRACTO URINARIO		
Procedimiento o cirugía a realizar:	EXAMENES		
Fecha programada de la cirugía:	18/11/2023		
Observaciones del Proveedor:			

USO EXCLUSIVO DE FICOHSA SEGUROS		Estado de la solicitud: APROBADA	
Fecha de emisión de la solicitud:	17/11/2023 06:16:57 AM	Usuario de autorización:	HN31489
Cuarto y alimentación por día:	2500	Deducible:	1000
Días de hospitalización autorizados:	0	Coaseguro a cobrar:	20%
Coaseguro del 30% en enfermedades respiratorias y traumas:	NO	Honorarios Médicos:	APROBADO
Honorarios médicos se cubren al 100% según arancel REDHSA:	NO	Se autoriza al 100%:	NO

**OBSERVACIONES DE LA ASEGURADORA**

SE PROCEDE CON LA APROBACIÓN DE LOS SIGUIENTES EXAMENES DE LABORATORIO: T3, T4 LIBRE, TSH, ACIDO URICO, HEMOGRAMA COMPLETO, BUN, COLESTEROL TOTAL, CREATININA, GGT, GLUCOSA AYUNAS, COLESTEROL HDL, COLESTEROL LDL, TGO, TGP, TRIGLICERIDOS, GENERAL DE ORINA. EL ASEGURADO DEBE PAGAR EL DEDUCIBLE DE L 1,000.00, EL 20% DE COASEGURO, MÁS GASTOS NO ELEGIBLES, GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCESOS AL 100% SOLO SI LOS HUBIESE. PARA LA REALIZACIÓN DE ESTOS ESTUDIOS MEDIANTE EL BENEFICIO DE RED, EL ASEGURADO DEBERÁ ENTREGAR AL PROVEEDOR ESTA AUTORIZACIÓN ADJUNTANDO FORMULARIO DE PRECERTIFICACIÓN Y ORDEN MEDICA ORIGINALES. EPP Y PRUEBAS COVID 19 SIN COBERTURA.

Esta solicitud tiene validez por 30 días a partir de la fecha de su emisión, siempre que el asegurado continúe vigente en la póliza. La presente precertificación se brinda con base a la información proporcionada, no obstante no garantiza la total cobertura por parte de la compañía en caso de omisión, dolo o declaraciones inexactas por parte del Asegurado. Todos los gastos y límites precertificados están sujetos a los establecidos en las condiciones especiales de la póliza. Cualquier consulta nos puede llamar a nuestro servicio de Gestiones Médicas 24/7: \*4747 o 2276-3960.