



## 2 Información de la atención médica a completar por el médico

- Si se necesita atención médica adicional, se debe informar a Allianz.
- Tenga en cuenta que las facturas deben enviarse en un plazo de 60 días tras el alta del paciente. Si hay acuerdos especiales entre el proveedor médico y nosotros, se aplicarán esos acuerdos.

### Enfermedad

Descripción de la enfermedad y síntomas:

Causa subyacente (si se conoce)

¿Cuándo le fue diagnosticada al paciente esta condición médica por primera vez?  /  /

Fecha en que el paciente fue visitado por primera vez en relación a esta enfermedad  /  /

¿Cuándo aparecieron los síntomas para el paciente por primera vez?  /  /

Diagnóstico (si se desconoce indique el diagnóstico provisional)

CIE9/10  DSM-IV  DRG

### Maternidad

Fecha de confirmación del embarazo por el médico  /  /

Fecha estimada o real del parto  /  /

¿La paciente espera a un solo bebé? Sí  No

Si ha contestado "No", ¿el embarazo es el resultado de un tratamiento de reproducción médicamente asistida que no sea la inseminación artificial? Sí  No

Tipo de parto

### Atención médica

Procedimiento programado

Fecha programada de ingreso  /  /

### Atención médica en los EE.UU. o el Reino Unido

Código CPT  Código CSSD

Descripción

### Coste

Para atención médica en Alemania (DRG) confirme el precio base (Basisfallpreis)

Duración aproximada de la hospitalización  noches  / días  (marcar según corresponda)

¿Se le ofrece al paciente un precio único relativo a un paquete de prestaciones? Sí  No  Si ha contestado "Sí", indique el precio y la divisa

Si ha contestado "No", proporcione un desglose de los costes previstos:

Gastos hospitalarios	Honorarios de médico/anestesta	Coste total estimado (incluya la divisa):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Hospital/centro médico

Nombre del hospital/centro médico

Dirección (incluya el país)

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono (incluya el prefijo internacional y local)

Fax (obligatorio, incluya el prefijo internacional y local)

Médico que deriva	Médico tratante/responsable del ingreso
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Por favor, firme y selle el formulario.

Confirmando que, a mi leal saber y entender, toda la información aquí proporcionada es verdadera y completa.

Firma del médico

Fecha  /  /

Sello oficial del proveedor médico

### Envíe este formulario debidamente completado al menos cinco días antes de recibir la atención médica:

Correo electrónico: [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com) or

Fax: +353 1 653 1780 or

Carta: Medical Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

Le recomendamos que guarde copias de toda su correspondencia con nosotros ya que no podemos hacernos responsables de no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro razonable control.

Para cualquier pregunta, comuníquese con nuestra línea de asistencia: +353 1 630 1304 o [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com).