

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALES

Alameda Roosevelt No. 3104, San Salvador.
Call Center: 2261-8333 Fax: 2261-0581 Emergencia hospitalaria: 2261-8333

Estimado Asegurado: Para exámenes programados, deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico especialista que solicita el examen con cinco días de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo posterior a las 24 horas de efectuar el examen. Al no cumplir estos requisitos, la Compañía se reserva el derecho de pago.

Nombre del Contratante: _____ No. Póliza: _____ No. Cert.: _____

Nombre del Asegurado titular: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___ Sexo: F M

Nombre del médico tratante: _____

Fecha tentativa de la enfermedad: Día _____ Mes _____ Año _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Examen especial de diagnóstico solicitado (adjunte informe de estudios previos): _____

Razón por la cual solicita este examen: _____

Lugar en que se realizará el examen: _____ Procedimiento ambulatorio Procedimiento hospitalario

Costo del examen: US\$ _____ (IVA incluido) Fecha programada para el examen: Día ___ Mes ___ Año ___

Firma y sello del médico tratante _____ Fax/email donde remitir respuesta _____ Firma del Asegurado _____ Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR ACSA

PROCEDIMIENTO APROBADO:

PROCEDIMIENTO NO APROBADO:

Observaciones: _____

Firma de autorizado

Fecha de resolución: Día _____ Mes _____ Año _____

Importante: el Asegurado deberá cancelar directamente al proveedor los gastos no cubiertos y los excesos de honorarios.

Exámenes Especiales de Diagnóstico son los que se mencionan a continuación, pero no se limitan a:

- | | | |
|--|---|---|
| * Arteriografía | * Tomografía Axial Computarizada, TAC | * Endoscopias digestivas y bronquiales |
| * Centellograma | * Pruebas cutáneas | * Resonancias Magnéticas (MRI) |
| * Cisternografía | * Electroencefalograma | * Polisomnograma |
| * Pruebas de Esfuerzo o estudios de Holter | * Electromiografía | * Ecocardiograma (Ecodopler Color) |
| * Pruebas de Esfuerzo con Talio (MIBI) | * Estudios Perivasculares no invasivos | * Procedimientos Cardiovasculares invasivos |
| * Sonografías (ultrasonografías) | * Coronariografías (cateterismo cardíaco) | * Cariotipo |