

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

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

Estimado Asegurado: Para cirugías programadas deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico tratante, con cinco días hábiles de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo posterior a las 24 horas del evento. Al no cumplir estos requisitos, la Compañía se reserva el derecho de rechazar el crédito o reembolso.

I. DATOS DEL SEGURO. (Sección a completar por el médico tratante)

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

Nombre del asegurado titular: _____

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

Motivo de la hospitalización: Accidente: Enfermedad: Embarazo:

Si es por accidente indicar lugar y fecha en que ocurrió el evento: _____ Día ____ Mes ____ Año ____

Describe cómo sucedió el accidente: _____

Si es por enfermedad, en su opinión cuando iniciaron los primeros síntomas: Día ____ Mes ____ Año ____

Nombre del médico o médicos tratantes (indicar especialidades): _____

Resumen historial clínico (puede anexar documentación)

Historia clínica: _____

Antecedentes personales (AP): _____

Examen físico: _____

Reporte de exámenes y estudios realizados: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Procedimiento quirúrgico o tratamiento a realizar: _____

Procedimiento Hospitalario o Procedimiento Ambulatorio

II. COSTOS MÉDICOS E INSUMOS ESTIMADOS (Sección a completar por el médico tratante)

Honorarios médicos

Honorarios Quirúrgicos: US\$ _____ (IVA incluido) Honorarios de Anestesia: US\$ _____ (IVA incluido)

Honorarios Patología: US\$ _____ (IVA incluido) Otros: US\$ _____ (IVA incluido)

Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento / tratamiento: _____

US\$ _____ (IVA incluido)

Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación (anexar cotizaciones): _____

US\$ _____ (IVA incluido)

Página 2: FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

No. Póliza _____ No. Cert.: _____

III. COSTOS HOSPITALARIOS (Sección a completar por el médico tratante)

Hospital donde se internará: _____ Días estimados de Hospitalización: _____

Fecha de internamiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria): US\$ _____ (IVA incluido)

Firma y sello del médico tratante

Fax/email donde remitir respuesta

Firma del asegurado

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

IV. APROBACIONES (Sección a completar por ACSA)

APROBADO:

NO APROBADO:

Honorarios Médicos:

Honorarios Quirúrgicos: US\$ _____ (IVA incluido)

Honorarios de Anestesia: US\$ _____ (IVA incluido)

Honorarios Patología: US\$ _____ (IVA incluido)

Otros: US\$ _____ (IVA incluido)

Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento / tratamiento: _____

_____ U\$ _____ (IVA incluido)

Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar (anexar cotizaciones): _____

_____ US\$ _____ (IVA incluido)

Costo estimado de cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria): _____ US\$ _____ (IVA incluido)

Observaciones: _____

Nombre, firma y sello

Fecha de resolución: Día _____ Mes _____ Año _____

V. CRÉDITO HOSPITALARIO (Sección a completar por ACSA)

Para garantizar el pago del crédito hospitalario, el hospital deberá solicitar a la Compañía que complete esta sección. Todo ingreso hospitalario deberá ser reportado y confirmado a ACSA inmediatamente ocurra el ingreso a los siguientes correos electrónicos: blandos@acsasal.com.sv, dhernandez@acsasal.com.sv, umiranda@acsasal.com.sv, pquintanilla@acsasal.com.sv; mramirez@acsasal.com.sv y autorizagm@acsasal.com.sv, y al fax: 2261-0581; el hospital deberá enviar a ACSA diariamente el estado de cuenta hasta el alta del paciente.

APROBADO:

NO APROBADO:

Observaciones: _____

Nombre, firma y sello

Fecha de resolución: Día _____ Mes _____ Año _____

Importante: El asegurado deberá cancelar directamente al hospital y/o médicos los gastos no cubiertos y los excesos de honorarios médicos y/o quirúrgicos.