

## 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                                 |