

## 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](mailto:blandos@acsasal.com.sv), [dhernandez@acsasal.com.sv](mailto:dhernandez@acsasal.com.sv), [umiranda@acsasal.com.sv](mailto:umiranda@acsasal.com.sv), [pquintanilla@acsasal.com.sv](mailto:pquintanilla@acsasal.com.sv); [mramirez@acsasal.com.sv](mailto:mramirez@acsasal.com.sv) y [autorizagm@acsasal.com.sv](mailto: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.