MAPFRE | LA CENTRO AMERICANA
EL SALVADOR
Alameda Roosevelt 3107, San Salvador, El Salvador, C.A.
Apartado Postal 527. Tel.: 2257-6666, FAX: 2245-3389

PRE-AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

Contratante: _____

Póliza No.: _____ Certificado No. _____

Para cirugías programadas deberá presentarse este formulario debidamente completado con cinco días de anticipación, en caso de emergencia, en 24 horas siguientes al evento.
Al no cumplir con estos requisitos, la compañía se reserva el derecho de pago.

I. EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE (Si aplica): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F ☐ M ☐

NOMBRE DE MÉDICO TRATANTE Dr.(a.): _____

HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ: _____ DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: _____

FECHA DE INTERNAMIENTO: _____

FECHA TENTATIVA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

_____

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: _____

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (AMBULATORIO ☐ HOSPITALARIO ☐)

HONORARIOS QUIRÚRGICOS: US $ _____ (IVA INCLUIDO) ANESTESIA: US $ _____ (IVA INCLUIDO)

BIOPSIA: US $ _____ (IVA INCLUIDO) AYUDANTÍA: US $ _____ (IVA INCLUIDO)

OTROS US $ _____

RESUMEN HISTORIAL CLÍNICO: _____

_____

EN SU OPINIÓN SI ES ENFERMEDAD, CUÁNDO SE INICIARON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: _____

_____

_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

_____

APROBADO ☐ NO APROBADO ☐

HONORARIOS QUIRÚRGICOS: US $ _____ (IVA INCLUIDO) ANESTESIA: US $ _____ (IVA INCLUIDO)

BIOPSIA: US $ _____ (IVA INCLUIDO) AYUDANTÍA: US $ _____ (IVA INCLUIDO)

OTROS: US $ _____

OBSERVACIONES: _____

Dr.(a.) _____ _____

DIRECTOR MÉDICO FECHA DE RESOLUCIÓN

COD: 0-0000