

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

Alameda Roosevelt No.3104, San Salvador. Call Center: 2261-8333

Estimado Asegurado: Para procedimientos programados deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico tratante, con cinco días hábiles de anticipación. Al no cumplir este requisito, 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: _____

Exámen físico: _____

Reporte de exámenes y estudios realizados: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Procedimiento quirúrgico o tratamiento a realizar: _____

Procedimiento Hospitalario 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

correo electrónico

Firma del asegurado

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Todo ingreso hospitalario deberá ser registrado en el portal de proveedores y confirmado a ACSA inmediatamente ocurra el ingreso. Si no se cuenta con el acceso en línea a nuestro portal, favor reportar el ingreso al correo electrónico: gastosmedicos@acsa.com.sv

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