

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA



(En caso de cirugía programada, debe solicitarse la autorización 3 días antes de la hospitalización)

FECHA DE SOLICITUD _____
DIA MES AÑO

SECCIÓN I: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

Nombre del Contratante: _____ No. Póliza: _____ No. Certificado: _____
Nombre del Asegurado: _____ Inicio de Vigencia: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Nombre del Dependiente: _____ Inicio de Vigencia: _____ Parentesco: _____ Edad: _____
Fecha de Ingreso al Hospital: _____ Fecha Estimada de Egreso: _____

SECCIÓN II: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE:

Nombre del Hospital: _____
La Hospitalización se debe a:
ENFERMEDAD _____ **CIRUGIA** _____ **CIRUGIA AMBULATORIA** _____
ACCIDENTE _____ **U. CUIDADOS INTENSIVOS** _____ **SALA DE EMERGENCIA** _____
MATERNIDAD _____ **OTROS** _____
Fue causada la dolencia por un accidente: SI _____ NO _____
Caso afirmativo indique:
¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo ocurrió? _____
En caso de Enfermedad, ¿en que fecha comenzó? _____ Diagnóstico: _____
Tratamiento Médico: _____ Procedimiento Quirúrgico: _____
Código (s) Tabla California: _____ Unidades: _____
Observaciones: _____

Firma Asegurado Nombre Firma y Sello del Médico Firma Sello Hospital

SECCIÓN III: USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AGROMERCANTIL:

No. Autorización: _____ Rechazada _____ Causa: _____
Nombre del Hospital: _____
Días Autorizados: _____ Desde: _____ Hasta: _____
HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS
Procedimiento (s) Quirúrgico (s) Autorizado (s): _____
Código (s) de Cirugía: _____ Unidades de Cirugía: _____
Valor Honorarios Quirúrgicos: Q. _____ (incluye IVA, y visitas post-operatorias)
Honorarios Asistente de Cirugía: Q. _____ Honorarios Anestesiólogo: Q. _____
Otros Honorarios Médicos: _____
Visitas hospitalarias autorizadas, 2 diarias: Q. _____
Visita Emergencia: Q. _____ Visita Intensivo, 2 diarias: Q. _____
Observaciones: _____

A SU EGRESO EL ASEGURADO DEBERA CANCELAR:

Copago de: _____ más gastos no elegibles: Exceso sobre Cuarto y Alimentos, TV, TEL., comidas y camas extras, gastos diversos.

NOTA AL HOSPITAL:

- Indispensable enviar resultados de patología en los casos que se efectúe.
- Si médicamente fuese necesario más días de hospitalización a los autorizados, deberá solicitarse otra autorización, indicando causa y el monto de gastos a la fecha, de no hacerlo SEGUROS AGROMERCANTIL, no se hará cargo de dicha cuenta adicional y los gastos serán responsabilidad del hospital.
- Si el presente formulario no viene completado en su totalidad no se dará trámite a la solicitud o reclamo.
- Al presentar el reclamo enviar copia de la solicitud de hospitalización autorizada.

AUTORIZADO POR: _____ FECHA: _____ FIRMA Y SELLO: _____