

Solicitud de autorización hospitalaria

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

Fecha de solicitud: Día 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:

<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Cirugía Ambulatoria
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos	<input type="checkbox"/> Sala de Emergencia
<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Otros	
Fue causada la dolencia por un accidente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

En 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: Q. 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 fuesen necesarios más días de hospitalización de los autorizados, deberá solicitarse otra autorización, indicando causa y el monto de gastos a la fecha. En caso contrario, SEGUROS AGROMERCANTIL no se hará cargo de dicha cuenta adicional y los gastos serán responsabilidad del hospital.
- El presente formulario debe venir completado en su totalidad o 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: _____