



# Solicitud de Autorización de Servicio

Centro Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enviado por: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL ASEGURADO

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_ Deducible: US\$ \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Edad Cumplida: \_\_\_\_\_

## SERVICIO SOLICITADO

Tipo de Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tiempo estimado de Hospitalización: \_\_\_\_\_

Médico Encargado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha en que iniciaron los Síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha en que Visitó al Médico por primera vez por esta condición: \_\_\_\_\_

Exámenes Realizados o por Realizarse para el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimiento o Tratamiento a Realizar: \_\_\_\_\_

Escriba un breve historial de la enfermedad o condición por la cual se solicita cobertura:

## HONORARIOS

Procedimiento	Médico	Asistente	Anestesiólogo
	US\$	US\$	US\$
	US\$	US\$	US\$
	US\$	US\$	US\$

Asegúrese de someter esta solicitud directamente a las Oficinas de Multi Assistance Services por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización. Para casos de emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el asegurado tiene la obligación de notificar a Multi Assistance Services en un plazo de 48 horas de haber comenzado el tratamiento. En caso de que se requiera otro procedimiento, favor enviar una nueva solicitud para la debida aprobación. La autorización se concede con base a los Diagnósticos comunicados a Multi Assistance Services por el proveedor, el cual deberá incluir fecha de iniciación de la enfermedad o dolencia, para determinar preexistencias no cubiertas.

