

Carta de Autorización

Aseguradora		Plan Seguro	Fecha		DD/MM/AAAA	Póliza		Folio			
Nivel Hospitalario											
Datos de ingreso											
Hospital				Habitación							
Paciente											
Titular											
Contratante											
Carta		Certificado			Sexo			Edad			
Diagnóstico											
Diagnóstico											
CIE 10											
CPT4											
Coberturas											
Gasto hospitalario											
Suma Autorizada		\$	Deducible				\$	Coaseguro		%	
Médico tratante											
Cirujano		\$	Coaseguro médico (en caso de aplicar):								
Anestesiólogo		\$									
Primer Ayudante		\$	Sinistro:								
Segundo Ayudante		\$									
Gastos No Cubiertos		Pruebas cruzadas o transfusionales, llamadas, Gastos personales, Medias ted, Circuncisión, Gastos de recién nacido, Gastos no relacionados con el padecimiento actual y otros Indicados en Condiciones Generales de la Póliza.									
Médico Dictaminador		RLC									

Este documento tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de su fecha de emisión.