

NOTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: ____/____/____

Nombre del intermediario: _____

Asegurado principal: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de póliza: _____

Tipo de plan: _____

Diagnóstico: _____

Procedimiento a realizar: _____

Código CPT (si aplica): _____

Estimado de la cirugía: _____

Nombre del médico: _____

Número de teléfono y fax: _____

Persona a contactar: _____

Hospital: _____

Ciudad: _____

Fecha de ingreso: ____/____/____

Comentarios: _____

**La notificación de una hospitalización es OBLIGATORIA en todos los casos y en cualquier país.
Si NO se notifica con 72 horas de anticipación, los beneficios se reducen en un 50%.**