



SOLICITUD AUTORIZACIÓN MÉDICA

ASEGURADO :

| | |
|------------------|--|
| Póliza | |
| Nº Asegurado | |
| Nombre asegurado | |
| Tel. contacto | |
| E-mail | |

FACULTATIVO QUE PRESCRIBE :

| | |
|--------------|--|
| Nombre | |
| Especialidad | |

SERVICIO SOLICITADO

| | |
|------------------------|--|
| Centro realizador | |
| Facultativo realizador | |
| Tipo de prueba | |
| Motivo | |
| Data programación | |

ENTREGA DE LA AUTORIZACIÓN : Asegurado Centro Ambos

Con la firma del presente documento, el asegurado autoriza a los médicos o centros hospitalarios en los que ha sido atendido, a facilitar la información médica que sea necesaria para la comprobación del servicio para el que se solicita la autorización médica.

Los datos facilitados en virtud del presente, serán incorporados en el fichero "Assegurats" del que es titular *Mútua de Terrassa, MPS a Prima Fixa*, con la finalidad de gestionar servicios y prestaciones concertados con la entidad.

Firma del asegurado