



SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ MÈDICA

ASSEGURAT :

Pòlissa	
Nº Assegurat	
Nom assegurat	
Telèfon de contacte	
E-mail	

FACULTATIU PRESCRIPTOR :

Nom	
Especialitat	

SERVEI SOL·LICITAT :

Centre realitzador	
Facultatiu realitzador	
Tipus prova	
Motiu	
Data programació	

ENTREGA DE L'AUTORITZACIÓ : Assegurat Centre Ambdós

Amb la signatura del present, l'assegurat autoritza als metges o centres hospitalaris en els que ha estat atès, a facilitar la informació mèdica que sigui necessària per la comprovació del servei pel que es sol·licita l'autorització mèdica.

Les dades facilitades en virtut del present, seran incorporades al fitxer "Assegurats" del que és titular Mútua de Terrassa, MPS a Prima Fixa, amb la finalitat de gestionar els serveis i prestacions concertats amb l'entitat.

Signatura de l'assegurat