



**MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY
DIVISIÓN DE ASUNTOS MÉDICOS**

Hoja de referido () Programa de Manejo de Casos () Programa Manejo de Condiciones

Nombre del asegurado:	Edad:	Sexo:
Número de contrato:	Teléfono del asegurado:	
Favor someter referido a División Asuntos Médicos, MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY, FAX: 787-277-8476, 787-772-8502, 787-772- 8503		
Fecha de referido:		
Nombre del médico que refiere:		
Municipio:	Teléfono del médico:	
Diagnósticos:		
_____ Diabetes	_____ COPD	
_____ Hipertensión	_____ Asma	
_____ Fallo Cardíaco	_____ Otros:	
Motivo del referido: (Favor de anotar datos clínicos relevantes al servicio solicitado)		

Firma: _____		
Evaluación del Referido por el Programa de Manejo de Casos ()		
Evaluación por Programa de Manejo Condiciones ()		

Firma: _____ Fecha: _____		
Aprobado: _____ Denegado: _____		

Nota: la información que contiene este documento es estrictamente confidencial y obedece a HIPAA