Internacional de Seguros

BlueCross BlueShield Panamá

SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

Este documento debe ser remitido a nuestro Departamento Internacional -Teléfono: 206-4251 - e-mail: dmoreno@iseguros.com

Nombre del Paciente: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de Nacimiento: _____ No. de Póliza _____

Número de Cédula: _____ Certificado: _____

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE (DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS QUE LO HAN EVALUADO, TRATAMIENTOS Y RESULTADOS)

DESCRIBA LAS RAZONES MÉDICAS QUE MOTIVAN LA CONSULTA EN EL EXTRANJERO Y LOS PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS QUE NO SE REALIZAN EN PANAMÁ O QUE SE REALIZARÁN EN EL EXTRANJERO. Detalle los códigos de procedimientos CPT.

DESCRIBA LAS RAZONES DE LA ESCOGENCIA DEL CENTRO MÉDICO Y/O DEL MÉDICO ESPECIALISTA A QUIÉN SE DIRIGE LA REFERENCIA EN EL EXTRANJERO.

ANOTAR EL NOMBRE DE LOS MÉDICOS Y PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO QUE ATENDERÁN AL PACIENTE Y ANOTAR EL TELÉFONO, DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL), PARA CONFIRMAR QUE SEAN PROVEEDORES DE BCBS.

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros S.A. Licenciatario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

SENSIBLE