Internacional de Seguros

BlueCross BlueShield Panamá

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN

Favor llenar este formulario completamente en LETRA IMPRENTA.
En caso de no estar completa, su solicitud no será procesada.

☐ Hospitalización
Extensión de días solicitados: _____ Número de días
Exámen Especial Intrahospitalario
Interconsulta Hospitalaria: _____ Número de visitas

☐ Cirugía Ambulatoria
☐ Exámen y/o Procedimiento Especial Ambulatorio
☐ Rayos X y Laboratorios

☐ **URGENTE**

ENVIAR CONFIRMACIÓN A:

Nombre del Médico: _____ E-mail: _____

Motivo de Interconsulta o Ext. de días: _____ Fax: _____

Nombre del Contratante: _____

Nombre del Paciente: _____

Póliza No.: _____ Certificado No.: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Cédula No. / Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (DD / MM / AA)

Teléfono: _____ E-mail: _____

Tiene otro Seguro: SI ☐ NO ☐ Cía.: _____

La Condición se debe a:
- ☐ Enfermedad
- ☐ Accidente
- ☐ Embarazo
- ☐ Congénito
- ☐ Otro: _____

A FIN DE PODER EVALUAR LA SOLICITUD, ADJUNTAR RESULTADOS DE CUALQUIER RAYOS X, LABORATORIOS, EKG U OTRO EXÁMEN ESPECIAL. EN CASO DE ATENCIÓN POR URGENCIA, FAVOR ACOMPAÑAR EL REPORTE DEL CUARTO DE URGENCIA.

Favor indicar cuándo fue la primera evaluación que se hizo por este diagnóstico o condición y los médicos que le trataron:

Historia de la enfermedad actual, hallazgos físicos anormales, evolución y tratamientos recibidos. Es importante indicar las fechas de atención.

Códigos de Diagnóstico: _____ Descripción de Códigos: _____

PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS (INCLUIR CODIGOS DE CPT Y HONORARIOS PARA PROCESAR ESTA SOLICITUD)

Fecha	Código CPT	Unidades	Descripción de Procedimientos	Monto de Honorarios
/ /				
/ /				
/ /				

Lugar de Atención: ☐ Consultorio ☐ Hospital: _____ ☐ Centro Ambulatorio: _____

En caso de hospitalización, detallar: 1. Número de días de la estadía sin complicaciones. Días solicitados: _____

2. Nombre del Médico Anestesiólogo: _____

3. Requiere Asistente Quirúrgico SI ☐ NO ☐ Nombre del Asistente: _____

Certifico que la información presentada es correcta y verdadera.

Nombre: _____

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

En pleno conocimiento de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre y espontánea por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o médicamente relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía de Seguros y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesiones que tengan en su poder; por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocerme en los sucesivo a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento. Adicionalmente, autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que considere conveniente para la evaluación del caso."

Firma del Paciente o Persona Autorizada: _____ Fecha: ____/____/____ (DD / MM / AA)

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Aprobado ☐ Aprobado con Condición ☐ Necesita Segunda Opinión ☐ Declinado ☐

Firma: _____ Fecha: ____/____/____ (DD / MM / AA)

Este formulario debe ser remitido a Pre-autorizaciones al e-mail: preautorizaciones@iseguros.com
Teléfonos de Consulta: 206-4272 / 4252 / 4256

Suscrito y administrado por Cia. 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