

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS



1. DATOS DEL PACIENTE					
Nombre	Apellido		Nombre(s)		
Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Póliza Bupa		
No. Teléfono Celular			Correo electrónico		
2. DATOS DEL PROVEEDOR					
Hospital			Médico tratante		
Nombre			Nombre		
Ciudad		País	Especialidad		
Persona de contacto			Tel. Celular		
Departamento			Tel. Consultorio		
Teléfono directo		Tel. Celular	No. Registro Médico/Cédula profesional		
Correo electrónico			Correo electrónico		
Otros profesionales relacionados con el caso					
3. INFORMACIÓN DEL EVENTO MÉDICO					
En caso de accidente			En caso de maternidad		
Fecha del accidente	DD / MM / AAAA	Toxicología*: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Fecha último periodo (anexe informe médico)	DD / MM / AAAA	
Resultado	Positivo para			Fecha probable del parto	DD / MM / AAAA
	Negativo		Pendiente		
*El examen toxicológico y reporte policial son obligatorios en todo accidente automovilístico.					
Coordinación de beneficios					
Otro Seguro: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Nombre de otra compañía				
Teléfono		Correo electrónico			
Ciudad			País		
Motivo de la consulta y enfermedad actual			Examen físico y hallazgos relevantes		
Fecha inicio síntomas (obligatorio)	DD / MM / AAAA				
Exámenes de diagnóstico practicados (adjuntar reportes relevantes)			Diagnósticos presuntivos y/o confirmados (ICD-10)		

4. CONDUCTA PROPUESTA			
Manejo hospitalario		Manejo ambulatorio	
Admisión: Urgencias <input type="checkbox"/> Internación programada <input type="checkbox"/>		Terapias (anexe plan de tratamiento detallado)	
Fecha de admisión (ingreso)	DD / MM / AAAA	Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Terápia física <input type="checkbox"/>	
Fecha de alta (egreso)	DD / MM / AAAA	Otra <input type="checkbox"/>	
Cirugía		Equipo Médico Durable (DME) (anexe necesidad médica)	
	Fecha de admisión (ingreso)		Fecha de alta (egreso)
Con hospitalización	DD / MM / AAAA		DD / MM / AAAA
Cirugía ambulatoria	DD / MM / AAAA		
Tratamiento farmacológico (anexe prescripción firmada por el médico, dosis, duración, vía de administración)		Plan de atención en casa (anexe necesidad médica)	

5. HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS A REALIZAR (INCLUIR PRESUPUESTO DETALLADO)				
Fecha	CPT	Descripción	Presupuesto	Nombre del Médico

6. DATOS DE QUIEN COMPLETA EL FORMULARIO		
FIRMA	FECHA	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Médico tratante <input type="checkbox"/> Rep. del hospital
FIRMA	DD / MM / AAAA	

- Instrucciones:
 - Use tinta negra y letras MAYÚSCULAS.
 - Use un formato por cada paciente por cada evento. Sólo para usar como Solicitud de Pre-autorización.
 - El formato completo debe ser enviado al equipo Médico de Bupa (MST) al menos 72 horas previas al inicio del tratamiento o dentro de las 72 horas iniciales en un tratamiento de emergencia. **En caso de accidentes, la notificación debe hacerse dentro de las dos horas siguientes a la atención.**
 - Este formulario debe de ser completado en su totalidad y enviado a usamed@bupalatinamerica.com para evaluación de la compensabilidad del caso, conforme a los beneficios de la póliza del paciente. En el asunto del correo, por favor incluya el nombre del paciente y el número de póliza Bupa.
 - El formato puede ser completado por el paciente, su médico tratante o el representante del hospital que esté solicitando la pre-autorización de tratamiento médico.
 - El médico tratante, el representante autorizado del hospital o el mismo paciente que proporciona la información se responsabiliza mediante su firma en este documento, por la veracidad del contenido de la información reportada a Bupa, así como por la omisión injustificada de información relevante para determinar la causa, inicio o compensabilidad de la condición.
 - Este documento no será válido si presenta enmendaduras, tachaduras o alteraciones de su contenido, el cual se considera válido en su forma original aun cuando se modifique o complementa posteriormente.
 - Bupa se reserva el derecho de solicitar más información dependiendo de cada caso.
- Lista de verificación
 - ID del paciente
 - Copia del carnet de la póliza Bupa del paciente
 - El formato completamente lleno
 - Reportes médicos, copias de exámenes de diagnóstico, patología y laboratorio relevantes
 - Plan de tratamiento y presupuesto detallado de honorarios médicos
 - Copia de la prescripción médica, plan de terapias, necesidad médica del equipo médico durable o el plan de atención en casa
- Póngase en contacto con Bupa
 Correo electrónico: usamed@bupalatinamerica.com
 Teléfono: Por favor siga las instrucciones en el reverso de su tarjeta de membresía Bupa.

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

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá
 Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • www.bupalud.com/MiBupa