



Blue Cross and Blue Shield of Panama

SOLICITUD DE PREAUTORIZACION EN EL EXTRANJERO

Este documento debe ser remitido a nuestro fax 210-1077 - Departamento Internacional -Teléfono: 206-4240 - e-mail: dmoreno@iseguros.com

Nombre del Paciente: _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____ No. de Póliza _____

Número de Cédula: _____ Certificado: _____

HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE (DIAGNOSTICOS, MEDICOS QUE LO HAN EVALUADO, TRATAMIENTOS Y RESULTADOS)

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

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

ANOTAR EL NOMBRE DE LOS MEDICOS Y PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO QUE ATENDERAN AL PACIENTE Y ANOTAR EL TELEFONO, DIRECCION Y CORREO ELECTRONICO (E-MAIL), PARA CONFIRMAR QUE SEAN PROVEEDORES DE BCBS.

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

