

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS



1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Apellido		Nombre(s)	
Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Sexo: ☐ M ☐ 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*: ☐ S ☐ 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: ☐ S ☐ 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

Admision: Urgencias ☐ Internación programada ☐

Fecha de admisión (ingreso)

DD / MM / AAAA

Fecha de alta (egreso)

DD / MM / AAAA

Cirugía

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)

Manejo ambulatorio

Terapias (anexe plan de tratamiento detallado)

Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Terápia física ☐

Otra ☐

Equipo Médico Durable (DME) (anexe necesidad médica)

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	
FIRMA	DD / MM / AAAA	☐ Paciente ☐ Médico tratante ☐ Rep. del hospital

1. 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.

2. 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

3. 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.bupasalud.com/MiBupa

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

PAN-PREA-V22.01