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		Manejo ambulatorio	
Admision: Urgencias ☐ Internación programada ☐		Terapias (anexe plan de tratamiento detallado)	
Fecha de admisión (ingreso)	DD / MM / AAAA	Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Terápia física ☐	
Fecha de alta (egreso)	DD / MM / AAAA	Otra ☐	

Cirugía

	Fecha de admisión (ingreso)	Fecha de alta (egreso)
Con hospitalización	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA
Cirugía ambulatoria	DD / MM / AAAA	

Equipo Médico Durable (DME) (anexe necesidad médica)	
Plan de atención en casa (anexe necesidad médica)	

Tratamiento farmacológico (anexe prescripción firmada por el médico, dosis, duración, vía de administración)

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 complemente 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.