

FEP EMAIL NOTIFICATION

AR DATE:
FROM:

Monday, March 20, 2017
MEDICAL GROUP

From: MEDICAL GROUP
Sent: 3/19/2017 12:38 AM
To: bcbassist; fepoverseas; claimssubmission
Subject: SUBMIT CLAIMS DRA GINA BEQUER / PATIENT GEORGE BARNABAS ID R58848710

HELLO PLEASE SEE THE ATTACHMENT OF CLAIMS FORM OF ANESTHESIOLOGY DRA GINA BEQUER

PATIENT
GEORGES BARNABAS
ID R58848710
DATE OF SERVICE 8-8-16
AMOUNT \$7000.00

REGARDS
NORA



HOSPITAL PUNTA PACÍFICA

Afiliado a John Hopkins Medicine Internation

734

REPORTE DE ADMISIÓN HOSPITALARIA (HSP / AMB)

zcaballero

08/08/2016 09:55:31 AM

PID:	197793	Nombre: GEORGE DELANO BARNABAS FOSTER	Ced/Pass: 8-00-195-666-D	Fec/Nac.: 02/02/1943	Edad: 73 A 6 M 6 D Sexo: M
No. Fam.:	5	Fecha Ingreso: 08/08/2016	Cama: 734/734-1	Area/Centro: SALA 7-A	Categoría: HOSPITALIZADO (HSP)
Méd. Tratante:	[4429] RUBEN DARIO UREÑA	Religión: CRISTIANISMO			

Núm. a fecha de Ingreso x Corte de Cuenta: 08/08/2016		Dirección Residencial: URB VILLA RICA CALLE DON BOSCO CASA A 33 Ciudad y Estado: PANAMA/PANAMA				
Estado Civil: VIUDO	Tel. Paciente: 221-6989	Ocupación Paciente: JUBILADO	Empleador: JUBILADO			
Tel. Empleador: JUBILADO	Dirección Empleador: JUBILADO	Contacto Emergencia: SHARON BARNABAS 221-0901 HIJA		Tel. Contacto: N/A		
Responsable Cta: EMPRESA	Tel. Responsable Cta: N/A	Lugar Nac Pac.: PANAMA		Nacionalidad: PANAMENA		
Nombre, Apellido Padre: N/A	Nombre, Apellido Madre: N/A					
Nombre Conyuge: SHARON BARNABAS 221-0901 HIJA	Tel. Cónyuge: N/A	Lugar Trabajo Cónyuge: N/A				

.....PREFERENCIAS Y/O NECESIDADES

SHARON BARNABAS 221-0901 HIJA	Aseguradora: CROSS BLUE SHIELD	Prioridad: 1	No. Poliza: R58848710	Certificado: SIMPLE	Cobertura: SIMPLE
-------------------------------	--------------------------------	--------------	-----------------------	---------------------	-------------------

Información Adicional:

Diagnóstico preliminar (A ser completado dentro de las 24 horas de haber hecho la admisión)	No. Código: 1	F. Egreso: 08/08/2016	H. Egreso: 08/08/2016	Estado: No. Código
---	---------------	-----------------------	-----------------------	--------------------

Diagnóstico Principal (La condición que se establece dentro de las 24 horas de haber hecho la admisión)

Diagnóstico Secundario:
-------------------------	-------	-------	-------	-------

Procedimiento Principal:

Procedimiento Secundario(s):
------------------------------	-------	-------	-------	-------

Interconsultas:

Resultados: <input type="checkbox"/> Recuperado: <input checked="" type="checkbox"/> Mejorado: <input type="checkbox"/> No Mejorado: <input type="checkbox"/> No Tratado: <input type="checkbox"/> Solo Diagnóstico: <input type="checkbox"/> Defunción: <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Autopsia: <input type="checkbox"/> Si: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
---	---

Causa de Defunción (Si aplica)

Falleció: Antes 48 HORAS: Después 48 HORAS:

"No" significa que la identificación del diagnóstico principal, secundario y procedimientos son precisos y completos según "las mejores prácticas médicas"

Fecha:

10/08/16

Firmado por:

.....



Cta.: 197793-5
GEORGE DELANO
HOSPITAL PUNTA J BARNABAS FOSTER
02/02/1943
Afiliado a Johns Hopkins Medicine
Tipo : HSP
MR : 197793 8-195-666-D
73 Años
Masculino

HOJA DE DIAGNOSTICOS

Nombre del Paciente: _____
Cédula: _____ Fecha de Nac. _____ Edad: _____ Fecha de ingreso: _____
Dirección del Paciente: _____

Diagnóstico de Ingreso:

1.
2.
3.
4.

Código

Código

Diagnóstico de Egreso:

1.
2.
3.
4.

Fecha de Egreso: 10/07/117
Dr. Ruthmarie R.
Dr. Christopher C.
Urgencias
Domicilio 4528
Nombre y Firma
Reg. 250060



Dr. Rubén D. Ureña B.
Cirujano Urológico
Laparoscopia, Endourología y
Cirugía Urológica. Minimamente invasiva

5 de agosto, 2016

Ordenes Pre Operatorias de George Barnabas

- 1- Acudir a admisión de Hospital Punta Pacífica y Admitir a mi cargo el lunes 8 de agosto, 2016 a las 10:00am para DU + Cistoscopia a las 7:00pm
- 2- No comer ni tomar agua desde las 11:00am
- 3- Firmar consentimiento operatorio
- 4- Axtar 1 gramo IV pre op
- 6 -Avisarme a su ingreso.

IMPRIMIR ESTA ORDEN Y LLEVARLA AL HOSPITAL JUNTO CON
LA PRE-AUTORIZACION DE BLUE CROSS INTERNATIONAL


Dr. Rubén D. Ureña B.
Reg. 4828

Citas: **204-8316** // Fax: **394-2425** // Celular: **6616-2241** // Mobilphone: **811**
Consultorios Médicos Punta Pacífica, 6to Piso - Consultorio N° 604.
Apartado Postal 0834-00839, Rep. de Panamá. **E-mail:** ruben.urena@uroclinicapanama.com
www.uroclinicpanama.com



02/02/1943

Cta.: 197793-5
GEORGE DELANO
BARNABAS FOSTER
HSP 8-195-666-D
Tipo : 197793 73 Años
MR : Masculino

ITAL PUNTA PACIFICA
lo à Johns Hopkins Medicine International
***ACCIONES MEDICAS

734

Nombre del Paciente:

Cédula: _____

Edad: _____

Habitación: _____

FECHA Y HORA

10/11/90
10:30

FIRMA

B
Dra. C. G.
Cia.

250012

Cta.: 197793-5
GEORGE DELANO
BARNABAS FOSTER
Tipo : HSP 8-195-666-D
MR : 197793 73 Años



02/02/1943

A PACÍFICA
cine International
MEDICAS

734

Nombre del Paciente:

Cédula: _____ Edad: _____ Fecha de Nac.: _____

FECHA Y HORA

Transcripción de Uscos Medicos

8/6/14

- 10:30 am (1) Anuli admi. del Drp. Pmlb. pmt ✓
✓ admira a lo largo del Dr Uscos por ✓
✓ DU + Gastrospic a L. 7 pm ✓
✓ No come ni bebe agua cada 11 am ✓
✓ Firm compromiso bronchial ✓
✓ (4) Dolor lejano psepp ✓
✓ (5) Anus el Dr Uscos Auscugos ✓
✓ D Uscos Dolce ✓

Dr. Mizaef A. Rodriguez
Medicina General
Reg. 9643

OB-OBIS Obediente Postoperatorios

- (1) ✓ recoboro y luego a su habitación ✓
✓ (2) ✓ R 1000 ml/hor in c/ 1000 ml/hor # 1 ✓
✓ (3) ✓ Dientes control para histerosis ✓
✓ (4) ✓ Reposo relativo ✓
✓ (5) ✓ Medicamentos:
- Axter 1 gr in c/dia ✓
- Kexium 40 mg in c/dia ✓
- Neteroliquido 10 mg in c/dia 200x venitos
- Paracetamol 1 gr in c/dia ✓
- Volufen 40 mg in c/dia ✓
- Lisofil Zgr in c/6 hrs ✓
✓ (6) ✓ si el hígado y estómago no se sienta bien ✓
✓ (7) ✓ medicina 15mg in c/dia ✓
✓ (8) ✓ losartan 25 mg in c/dia ✓
✓ (9) ✓ atropina ✓
✓ (10) ✓ ibuprofeno ✓
✓ (11) ✓ ibuprofeno ✓

Habitación: 734

2500112



EVOLUCIÓN CLÍNICA

Nombre del Paciente:

734

Cédula:

Habitación:

Edad:

Fecha de Nac.:

FECHA Y HORA

NOTAS DE EVOLUCIÓN CLÍNICA (Nota de Medio Hospitalario)

8/8/14
Se trala de paciente masculino de 73 años con APO de hipertensión arterial
10:20 pm y glucosuria que acude para procedimiento quirúrgico (cistoscopia)
sin refie. Punkt refie que su malentendió porque dormir en el carro
TUScore: 2 al Quid y polituris por lo que acudió a su trabajo.
Punto desembolso Punkt alto, cansado, sudado, expreso los

SV

PA: 130/80 FC: 52 FR: 16 T: 36.5 °C

Alergias: Ni

Alergias: Ni

Tóxicos: Sonológicos, sin fijos - ni salvo

hoy 300 g de salmón.

Cabeza: Buena vista y leve de cui no tiene efecto

Cuello: Cervicofacial: Riñones: Riñones normales, no roplos, ni dolorosos

Círculo Respiratorio: Sintomas de gripe, se presentó diajiso, RHTAD

en el 2015

Tránsito: Ni

1/3 regular de matriz regular

Digestivo: Diarrea - constipación

Urológico: Punkt agresivo

Endocrinológico: Ni

Infecciosas: Ni

250065

Plan de manejo:

Terapia Intravenosa Sí NO
 Estudios diagnósticos Sí NO
 Procedimiento Invasivo Sí NO
 De acuerdo con Plan de Cuidado de Enfermería Sí NO De acuerdo con Plan de Egreso Sí NO

OTROS/Explique:

Dr. Rodriguez [Signature] Dr. Mizaef A. Rodriguez
 Nombre y Apellido Medicina General
 No. de Registro 250065
 No. de Registro

HOSPITAL PUNTA PACÍFICASALON DE OPERACIONES

Afiliado a John Hopkins Medicine International

RECUENTO DE GASAS - INSTRUMENTOS E INSUMOS CORTO-PUNZANTEFecha: 8/1/81 11:00Nombre del Pte.: George Barradas C.I.P. 3-195-666-D No. de Cuenta: 197793-5
Dx Preoperatorio: ProstatismoDx Postoperatorio: ClosureOperación: LaringectomiaCirujano: Dr Ruben Urquiza Asistente: _____Anestesiólogo: Dr Gina Bogaert Tipo de Anestesia: LocaneraEnfermera(o) Anestesista: Té. José VasquezInstrumentista: Té. Carmen Quezada Circulador: Té. Melkiseth Guennero

Relevos:

Entrada al Quirófano: 8:20 Pm Salida del Quirófano: 8:40 Pm**Material Absorbente**

		Total
2 x 2		
4 x 4 S		
4 x 8 S		
4 x 8 Rx	<u>10 Mts</u>	<u>10 Ds</u>
Vendas Abdominales		

Otros

		Total	Tiras de Algodón	Total	Patties	Total
Cinta de Hiladillo	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Agujas	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Material Corto-Punzante						

		Total	Hojas de Bisturí	Total	Trocares	Total
Agujas	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>

1a Cuentas Completas Si ✓ No ✓ 2a Cuentas Completas Si ✓ No ✓
 Patología Si ✓ No ✓ Nombre del Patólogo _____
 Especimen _____

Observaciones: _____

D Trías 57 Vb / Melkiseth Q.
 Firma Enfermera(o) Circuladora

Cta.: 197793-5

02/02/1943

GEORGE DELANO
BARNABAS FOSTER

Tipo : HSP 8-195-666-D
MR : 197793 73 Años *Masculino

OSPITAL PUNTA PACÍFICA

Afiliado a Johns Hopkins Medicine International

NOTAS DE ENFERMERA

Nombre del Paciente: _____

Habitación: _____

Cédula: _____

Edad: _____

Fecha de Nac.: _____

FECHA	HORA	NOTAS
8/8/16	7 pm.	Se Revió paciente procedente de el area de el 7 ^{mo} piso, lleva un pañuelo en Comisión de el OSU/Ha cosa acceso Unoso Recubido. Tiene una $\frac{1}{2}$ u. + Molar 19 DV. Se le borbara para el procedimiento de la <u>Extracción de dientes</u>
8/8/16	8:30 pm.	Se envia el SOT Dispositos
8/9/16	8:30 pm	Se revisó paciente, se le quitó yesquera de sonido frío, se le alivió el dolor con bromuro formado para el diente superior + YTB VD se realizó el Dr. Subir Mohua, lleva una corona General por la Dra. Sma. Beyer Doctor SOT
8/9/16	8:45 pm	Se realizó procedimiento, son cumplidas como paciente se llevada a recubro, va a acupuntado por la Dra. Graciela Reguero, no hay sangre en la corona Saldada tiene Dolor de muelas



HOSPITAL PUNTA PACÍFICA
Aliado a Johns Hopkins Medicine International

Cta.: 197793-5
GEORGE DELANO
BARNABAS FOSTER

Tipo : HSP 8-195-666-D
MR : 197793 73 Años
Masculino

02/02/1943

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA. EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA

Nombre:			
Cirugía Programada:	Dilatación uretral + Cistoscopio		
Antecedentes:			
Alergias:	Niinguna		
Asma:	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes:	<input checked="" type="checkbox"/>
Cardiopatia:	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatopatia:	<input checked="" type="checkbox"/>
Neuropatia:	<input checked="" type="checkbox"/>	Convulsiones:	<input checked="" type="checkbox"/>
Glaucoma	<input checked="" type="checkbox"/>	Psiquiatría:	<input checked="" type="checkbox"/>
Medicamentos que toma:	Androxipropiandrostan 25 mg / días Travistán goteo oftálmico o.4% 5 ml; Vinton 2 g 5 ml		

Antecedentes quirúrgicos:

Fecha:	Operación:	Anestesia:	Complicaciones:
	Cistoscopia	Gaseo	<input checked="" type="checkbox"/>
	Colocación próstática	Gaseo	<input checked="" type="checkbox"/>

Examen Físico: Pa: 173/94 PC: 54x1 Peso: 192 lbs

Boca: 4 cm, seco, no protuberante
Corazón: regular
Pulmones: claros
Columna Vertebral:

Examen de Laboratorio y de gabinete:

Hemoglobina:	Hematocrito:	Grupo y RH:
Glicemia:	Urinalisis:	HTLV - III:
TP:	TPT:	
EKG:		
Rx - Torax		
Otros:		

Diagnósticos: estreñimiento, prostatismo.

Riesgo anestésico (ASA) I
Plan: Gaseo
Observaciones: 8 kg
Médico Cirujano: Dr. Juan Carlos Ureña Consentimiento de cirugía / anestesia: Sí No
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO(A): Dr. Juan Carlos Ureña REG.: 60-288 FECHA: 08/08/16
FIRMA: JG HORA: pm
IGASA TEL: 227-2986 250005



C.R.: 197793-5 02/02/1943
 GEORGE DELANO
 FARNABAS FOSTER
 Tel.: HSP 8-195-666-D
 M.R.: 197793 73 Años Masculino
 Afiliado a Johns Hopkins Medicine International

HOSPITAL PUNTA PACÍFICA
 REGISTRO DE RECUPERACION DE ANESTESIA - SEDACIÓN
 SALÓN DE OPERACIONES

Nombre Cicloopeza Fecha: 8/8/40
 Operación: Ced.: 732 Sexo: M
 Anestesia: ET Reg. ginal Sed. 1 Anestesio: Dra. Bequed
 Anestesiólogo: Dra. Bequed Enfermera Anest.: Tec. J. Vazquez
 Cirujano: Dra. Urrea Asistente: J. Jimenez
 Enf. Recuperación: Dr. Jimenez Hora de Entrada: 055 pm Hora de Salida: 055 pm
 Enf. que Releva:

TEST DE RECUPERACION DE ANESTESIA - SEDACIÓN
 (SCORE DE ALDRETE)

	ROSADO	HE	15'	30'	60'	90'	120'	HS
CALOR	=2 PALIDA - OTRO COLOR	=1 CIANOTICO	1	1	2	2		2
CONCIENCIA	DESPIERTO EXCITADO, SOMNOLIENTO, RESPONDE A ESTIMULO NO RESPONDE ESTIMULO	=2 =1 =0	1	2	2	2		2
CIRCULACIÓN	PA + P > 20 PA + P > 20 - 49 PA + P > 50	NIVEL PREANESTESICO NIVEL PREANESTESICO NIVEL PREANESTESICO	=2 =1 =0	2	2	2		2
RESPIRACIÓN	NORMAL SUPERFICIAL ESTERTOROSA	=2 =1 =0	2	2	2	2		2
ACTIVIDAD	MUEVE 4 EXTREMIDADES MUEVE 2 EXTREMIDADES NO SE MUEVE	=2 =1 =0	1	2	2	2		2
		TOTALES	7	9.	10	10		10

HORA	MEDICAMENTOS	TRATAMIENTO	TOTAL	PIA	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
05 00 pm	Paracetamol 1000 mg iv	Naotx	P	51	50	49	50	52	52
06 00 pm			SO 2	98%	94	99	99%	99	99%
07 00 pm	4/4-1000 mg iv		BUENO	✓	✓	✓	✓	✓	✓
08 00 pm			REGULAR						
			DEFICIE.						
			TEMP.						

NOTAS DE ENFERMERA DE RECOBRO

HORA	NOTAS	L.R.	DIA
05 00 pm	Recibido bien del Dr. Jimenez	✓	
06 00 pm	Se realizo la transfusión de sangre de su hermano de suelta	✓	D/S
07 00 pm	Dr. Jimenez Bequed - con Dr. Jimenez	✓	S.S.N.
08 00 pm	Jimenez - se realizo la transfusión de su hermano	✓	SANGRE
09 00 pm	Jimenez - se realizo la transfusión de su hermano	✓	OTROS
10 00 pm	Jimenez - se realizo la transfusión de su hermano	✓	JACKSON PRATT
11 00 pm	Jimenez - se realizo la transfusión de su hermano	✓	T. LEVIN
12 00 pm	Jimenez - se realizo la transfusión de su hermano	✓	S. FOLEY

HOJA DE ANESTESIA GENERAL



HOSPITAL PUNTA PACÍFICA

Affiliado a Johns Hopkins Medicine International

FECHA	08-08-15	QUIRÓFANO #	4	INICIO	FINAL
ANESTESIÓLOGO	Dra. Gina Bequer			01:50 pm	04:50 pm
CIRUJANO	Dr. Rubén Urdan				

Cta.: 197793-5	GEORGE DELANO
BARNABAS FOSTER	Tipo : HSP
MIR : 197793	8-195-666-D
	73 Años
	Masculino

02/02/1943

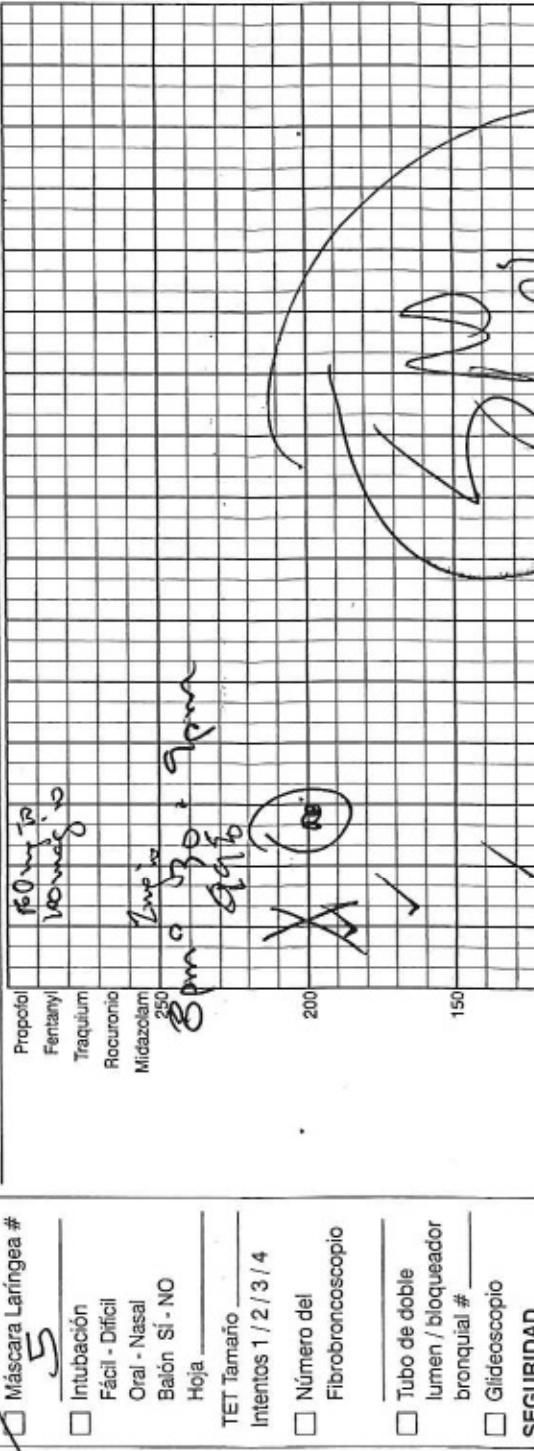
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO	Estreñimiento + Prostatome	
PROCEDIMIENTO	Dilatación rectal + Coloscopía	
DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO	None	

ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA	Coloproctología	
-------------------------	-----------------	--

REVISIÓN PRE Qx	HORA	20:15
<input type="checkbox"/> Equipo de Anest.	Oz. Aire / N2O (1 l.p.m.)	
<input type="checkbox"/> Máquina #	ISO - REVO 2%	
Posición		

POSICIÓN	MESA PLANA	HORA	Antibiótico (IV)	HORA
Supina	Q			
Prono	O			
Espinal	O			
Epidural / Catéter	O			
Bloqueo	O			
Sitio				
Aguja				
Parestesia	Sí - NO			
LCR (Líquido Cefalorraquídeo)				
SI - NO				
Hemático	Sí - NO			
Monitoreo de				
Cuidados de				
Anestesia				
MONITORES				
Signs Virales				
VÍA AÉREA				
Máscara				
Vía aérea Oral				
Vía aérea Nasal				
Traqueotomía				
Máscara Laringea #	5			
Intubación				
Fácil - Difícil				
Oral - Nasal				
Balón Sí - NO				
Hoja.				
TET Jarramo				
Intentos 1 / 2 / 3 / 4				
Número del				
Fibrobroncoscopio				
Tubo de doble				
lumen / bloqueador				
bronquial #				
Gleóscopio				

ASA CLASE:	1	2	3	4	5	6	E
Sangre Disponible							
Premedicación:							
Alergias:							
Caso Cancelado Antes/Después de Inducción	<input type="checkbox"/>						
Colocación de Epidural							
Cancillada							



HOJA DE ANESTESIA GENERAL

LABEL

NOTAS / MEDICAMENTOS

- 1) CNS + S se ventiló a demanda ventilación
- 2) V_A (dme 40 - 50)
- 3) Breastfed lsg w
- 4) Lisogil Zg w

HORA	pH	pCO2	pO2	HCO3	Na	K	Ca	Glu	HGB		

TRASLADO A:	Firma de Anestesiólogo	Fecha:	Hora:
Notas. Intraoperatorio y Post Anestesia			



INFORME QUIRÚRGICO

Nombre del Paciente: George Delano Barnabas Foster	Fecha de Nacimiento / Cédula y/o # Pasaporte: 02/02/1943 8-195-666	Edad: 73	Sexo: M
Cirujano: Dr. Rubén Ureña	Asistentes: Dr. Edwin Pimentel	Anestesiólogo: Dra. Gina Becker	
Instrumentador: Tec. Carmen Guedis	Circulador: Tec. Melquisineth Guerrero	Cirugía: Inicia: 8:20 pm Termina: 8:5 pm	
Diag. Pre- Op	1. Prostatismo		
Diag. Post-Op	1. Prostatismo 2. Estrechez ureteral		
Operación	1. Dilatación uretral 2. Cistoscopia 3. Uretrotomía interna bajo visión directa		
Hallazgo			
Protocolo Operatorio	<p>Se realiza dilatación de meato uretral con dilatador de Van Buren hasta 26 french. Se realiza cistoscopia. Se observa estrechez a nivel de la uretra bulbar. Se realiza Uretrotomía interna bajo visión directa. Se llega a la fosa prostática observándose cambios post Fotovaporización de próstata, vejiga con trabeculaciones de 2 a 3/4, trigono sin lesiones exofíticas. Meatos ortotópicos sin complicaciones.</p>		
Pérdida de Sangre Estimada			
Líquidos Administrados			
Líquidos Eliminados			
Drenajes	No		
Dispositivos Implantables	No		
Suturas	No		
Medicamentos	Ver hoja de anestesia		
Complicaciones	No		
Patología	No		
Seguimiento	En sala		
		Firma del Cirujano / Sello Dr. Rubén Ureña	

Fecha de Operación:
3 de agosto de 2016

2016 FEP STANDARD OPTION INPATIENT GUARANTEE OF BENEFITS LETTER

Date:	13 Jul 2016
Our Case #:	AX25602582
Patient Name:	Mr George Barnabas
Policyholder ID #:	R58848710
Patient Date of Birth:	02-Feb-1943
Diagnosis/Symptoms:	prostatism; urethral stricture (If services for other diagnoses or symptoms are being rendered, please contact AXA Assistance USA)
Admission Date:	07/15/2016
Hospital Name:	Hospital Punta Pacifica
Number of Approved Days:	3 days (If more days are needed, please contact AXA Assistance USA for approval)

Rate of Pay:

100%
Professional fees related to this admission are paid at the rate indicated here AS LONG AS THEY ARE INCLUDED IN THE HOSPITAL BILL. Professional fees which are not billed by the hospital may be subject to a plan allowance.

Amount to Collect from Patient upon Discharge:

FACILITY:			
Deductible:	\$met	Copayment per Admission:	\$350
Coinurance:	0%	Catastrophic Protection Maximum (as of date quoted):	\$5986.50
Coinurance for Preventive Care:	0%		
PROFESSIONAL: Professional fees which are not billed by the hospital may be subject to a plan allowance.			
Deductible:	\$met	Copayment:	Not applicable
Coinurance:	15%	Catastrophic Protection Maximum (as of date quoted):	\$5986.50
Coinurance for Preventive Care:	0%		

Services not covered by the health plan will not be paid by AXA Assistance. Items that are not medically necessary, are for alternative medicine services, or are not reasonable and customary will not be paid. Any claim may be subject to fraud review. Incidental charges not covered by the Service Benefit Plan (including but not limited to internet, telephone, television, or guest trays) will not be paid.

Room Type:

Semi-Private only

To Whom It May Concern:

Please find attached the Guarantee of Benefits. Please charge the patient their portion mentioned above **BEFORE DISCHARGE**.

AXA Assistance USA, on behalf of Federal Employee Program, also reserves the right to request additional medical records for all bills as necessary. When we are the secondary payer, we will determine our allowance. After the primary plan pays, we will pay what is left of our allowance, up to our regular benefit. We will not pay more than our allowance.

Please make sure to submit your bills to AXA Assistance USA complete with the following information within **THIRTY (30)** days of patient discharge, or the bill will not be processed.

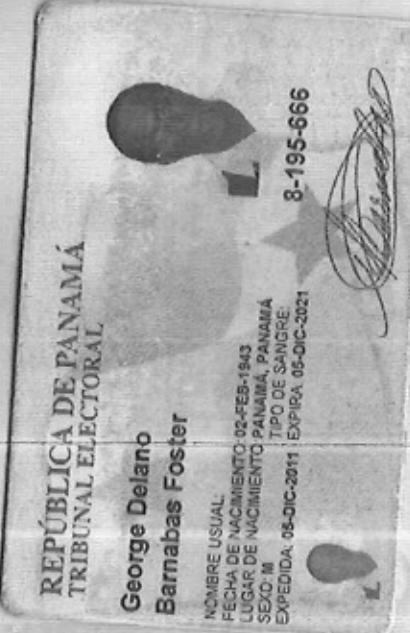
- Date(s) of service
- Provider name and address
- Type of procedure (example: appendectomy)
- Conversion rate from local currency to US dollar
- Copy of the patient's insurance card AND photo identification (ID)
- Time of admission and discharge
- Semi-private room rate
- Medical records including physician orders and nurse notes
- Miscellaneous charges must be explained and subject to review

Should you have questions, please contact our office at +1 312 341 2892 or email claimingquiry@axa-assistance.us.

To submit claims for processing, please email all documents to claimsSubmission@axa-assistance.us.

Sincerely,

Este email es confidencial y destinado únicamente para el uso de los destinatarios indicados. Si ha recibido este correo electrónico por error, por favor bórrello inmediatamente y notifícamos por e-mail o por teléfono.
This email is confidential and intended only for the use of the above named addressee. If you have received this email in error, please delete it immediately and notify us by e-mail or telephone.





Federal Employee Program OVERSEAS MEDICAL CLAIM FORM

Blue CrescentSM

Please see the instructions on the reverse side of this form before completing
PLEASE TYPE OR PRINT.

A. ENROLLMENT CODE	R 58848710	IDENTIFICATION NUMBER
104		

B. PATIENT'S NAME (First, Middle Initial, Last)

D. *John D. Cannon*

E. NAME OF SUBSCRIBER OR POLICYHOLDER (First, Middle Initial, Last)

John D. Cannon

If the patient's last name is different from the subscriber's, please attach a statement explaining the relationship

H. SUBSCRIBER'S CURRENT MAILING ADDRESS (Street, City, State and Country or ZIP Code)

1000 N. Main Street, Waukesha, WI 53186

I. OTHER HEALTH INSURANCE

Is the patient covered under other Health Insurance? Yes No

If yes, complete items A through J below.

A. Name and Address of Insuring Company

B. Type of Policy C. Effective Date D. Termination Date E. Policy or Identification Number of Other Coverage

(O) Family (O) Individual (O) Month Day Year (O) Month Day Year (O) Month Day Year

F. Type of Coverage G. Name of Policy Holder H. Date of Birth

(O) Medical (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No

(O) Dental (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No

(O) Mental Illness (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No (O) Yes (O) No

I. Employer of Policy Holder

J. Employment Status
(O) Active Employee
(O) Retired Employee

If you are covered by a Medicare HMO/Prepaid Plan, please leave Sections A and B blank

A. Medicare Part A (O) Yes (O) No C. Medicare HMO/ Prepaid Plan D. Medicare ID # _____

E. Is the Subscriber an active Federal Employee? (O) Yes (O) No
Is the patient an active Federal Employee? (O) Yes (O) No

F. End Stage Renal patients, please indicate the beginning date of renal treatment.

G. Complete for care related to accidental injuries.
DATE OF ACCIDENT _____ TIME OF ACCIDENT _____

LOCATION (O) at home (O) auto (O) other _____
If the accident was caused by someone else, attach a statement describing the accident.

H. Was patient's treatment due to a work-related accident or condition?

(O) Yes (O) No Please list below those charges that you are claiming for benefits. Use a separate line for each type of service or provider and attach itemized bills for all services claimed.

I. NAME OF PROVIDER MAKING CHARGE C. DESCRIPTION OF SERVICE D. DATES OF SERVICE OR PURCHASE

John D. Cannon *John D. Cannon* *07-07-16* *08-10-16*

J. Signature of Subscriber or Spouse

John D. Cannon *John D. Cannon* *08/08/16*

K. Signature of CareFirst BlueShield Representative

James J. Hayes *James J. Hayes* *08/08/16*

L. Signature of Provider

John D. Cannon *John D. Cannon* *08/08/16*

M. Signature of Subcriber or Patient

John D. Cannon *John D. Cannon* *08/08/16*

N. Date

O. Home Phone Number

CJUT059-1S 9/08

6. MEMBER PAYMENT INFORMATION

Please complete if you selected Bank Wire Payment:

Name on Bank Account _____
Bank Name: _____
Bank Physical Address: _____
ABA# _____
(IBAN)# _____
(BIC/SWIFT)
International Bank Account/
Bank Identifier Code

6B. AUTHORIZATION FOR ASSIGNMENT OF BENEFITS

I, the undersigned, authorize and request CareFirst BlueShield to make payment for benefits due herein to:

Payment Method: Check Bank Wire
Currency: U.S. Dollars Currency on itemized bill

John D. Cannon *John D. Cannon* *08/08/16*

6A. BANK WIRE INFORMATION

Please complete if you selected Bank Wire Payment:
Name on Bank Account _____
Bank Name: _____
Bank Physical Address: _____
ABA# _____
(IBAN)# _____
(BIC/SWIFT)
International Bank Account/
Bank Identifier Code

Date _____

DR. GINA BEQUER.

ANESTESIOLOGY

Phone: (507)396-7438

Office 1 first floor, Punta Pacific

Email: medicalgroup17@hotmail.com**MEDICAL FEES**

PATIENTS, NAME: GEORGES BARNABAS NO.2017-320

POLICY NBR: 58848710 GROUP: 104

DATE OF BIRTH: FEBRAURY, 2, 1943 DATE: 03-18-17

CASE NUMBER: AX25602582

INSURANCE NAME: BLUECROSS AND BLUE SHIELDS FEDERAL EMPLOYEE

DIAGNOSIS: PROSTATISMO

PROCEDURE: INPATIENT

DATE OF SERVICE: 8-8-16 AT 8-10-16

DATE	CPT	DESCRIPTION	ACCOUNT BALANCE
8-8-16	52281	CISTOURETHROSCOPY	\$7,000.00
	52276	+CISTOSCOPIA + URETHROTOMY	
	99251	CALIBRATION AND DILATION	
		+ EVALUATION PREOPERATORY	
		OF ANESTHESIA DRA GINA BEQUER	
			TOTAL AMOUNT
			\$7,000.00
			DUÉ:

AMOUNT DUE: USD\$ 7,000.00

PLEASE ISSUE MONEY TRANSFER:

CITIBANK NEW YORK, N.Y.

SWIFT CITIUS33

ABA 021000089

BENEFICIARY BANK: BANCO GENERAL, S.A. – PANAMA

SWIFT BAGEPAPA

BENEFICIARY: GINA BEQUER

Cuenta: 04-02-01-273018-2