PANAMA CANAL AREA BENEFIT PLAN

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIONES

Nº 724606

Prospectiva) Concurrente	annen etatara mineriales es recensarios es es es estatulos en en estatulos en estat	Retrospectiva	
"Esta información es co	nfidencial y solan	iente debe ser mane	ada por el paciente d	o por su médico (tratante".
El médico tratante (MT) deberá llena	ır este formulario en sus pa	rtes I y II (al reverso).			
 El MT debe enviar por fax a Axa Ass El PACIENTE DEBE FIRMAR EL F segunda opinión de un consultor. AXA Assistance le informará al prov. De requerirse una consulta de segui Para procedimiento o exámen electivo. 	ORMULARIO y llevarse una eedor indicando si se autori nda opinión, se le hará una	a copia de los exámenes y las r izó o no la solicitud. cita at paciente con un médico	adiografías, cuando se requiere consultor y se le notificará el día		cuda a la cita.
PARTE I	INF	ORMACIÓN DEL PACIE	NTF	Landa and the second	
Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: Médico de Cabecera: Nombre del Dueño de la Póliz Firma del paciente o represe	orde production	20/11/2 Fecha	AXAID#: 15690 ol: 442-729 AXAID#: 1569 Oly	AXI Elegible Tips PO FF:	11
	SOLO PAR	A USO DEL REPRE	SENTANTE DE AXA		
HOSPITAL E INTERCONSULTA Solicitud Admisión Extensión Admisión	Días o Num.	Descripc	ón del procedimiento /	servicio	Autorizado SI NO
IC Hospitalaria Conŝulta adicional Ambulatorio					Service and All Control of the Principle Princip
Nota: Extensión elo a 20/11/14 al 4/	lia Arla) 112/14				
Anestesia SI	NO	Autorización válida p	oor meses	Números	de Control
Firma y sello del Representante	de AXA	Fecha de la	respuesta	Magazinia wasan ay o go gon ya wasan wasan wasan ay sana ay sa	TREASER ACCORDINATION OF A CONTRACT AND A CONTRACT
	Uliata auto.	ikación no os una	omandhailmanao	11	

Instrucciones Para Apelar Esta Decisión

El paciente tiene derecho de apelar esta decisión si no está satisfecho. Debe presentar esta apelación por escrito dentro de no más de 6 meses. Con su deseo de apelar, incluya una carta describiendo por qué no esta de acuerdo con la decisión. La apelación será revisada y la decisión se le enviará a usted por escrito en menos de 30 días. Usted también puede solicitar una apelación de urgencia en caso de una urgencia, si por ejemplo su vida o su salud corre peligro de no realizar el procedimiento enseguida. Las apelaciones de urgencia serán contestadas inmediatamente o en no más de 2 días.

Envíenos su apelación por fax al 366-1402. También puede traernos la información a nuestras oficinas.



PARTE II	DECLARACIÓN I	DEL MÉDICO T	RATANTE			
Por favor utilizar letra legible)	\ 1					
Nombre del Paciente: DAisy	Doley			AXA ID #: _	15699	•
SOAP Explicando necesidad Clínica p		nsulta 🏻	·Lu	gar de servicio: 💉 🛴		
ASII dillocott 3tq	J. DIAS		Hospital:	helico CANOSE	· 🗍 📗	
cm Vicens De Docubito interment				Ambulatorio:	•	
Sele replies Deis			Ambulatono.			
De la Vicera mo				Oficina:	-	
	us DIAMIA			torto -		
"Anexar cop	ia de los Estudi	Contraction of the Contraction o				1000=
Días estimados de estadía hospit	alaria: 152		~~ <u>\$i</u>		La Milen	•
Diagnóstico		Pro	cedimie	ento / Benefic	io Solicitado	VALUE OF THE PARTY
ICD-9 Descripe	ción	CPT		Descripc	The state of the s	
7020 Ulceras de D	ewh, to	99232	<u> </u>	teusim =	& Hospitali	SUCCON
INFECTA 200>						
·						
			(6)/10			
Requiere anestesiólogo: Si Fecha programada para la cirugla / p	No rocedimiento: tudios Electivos Para Pa				ación	
	Muga y sesta MIBI					 s 1
TAC (CAT scan)						
Estudios genéticos	Estudios de medicina	anuclear 	• Prueba	as cardiácas de esfue 		
(Escriba a	1795 ANGE e del Médico tratante máquina o letra molde) FUI YY 20	Especia	CUNA	co tratante	Sello y firma del médico Dr. Jorga Ang Cod. 6100 Tot	7911/9 5 1. 7591
	No. de Teléfono		No. de Fax		Cod. 8389 Madicina Ge	neral
Dirección del Consultorio	Ho, de Idiciolio		,,,, do / un			
"Antes de ordenar cuald	juler exámen de labor El Plan no reembolsa	atorio o Rayos X rá aquellos exám	, por favor enes que c	consulte al médic estén duplicados.	so de cabecera del paciento	9.
Devolver formulario al Hospital / Clíni				Fax del provedor:		
El pago de este procedimiento	está sujeto a la verific	cación dìrecta de l	a eligibilida	ad y cobertura de l	beneficios con la compañía.	

Panama Canal Area Benefit Plan Via España 120, Plaza Comercial San Fernando, Local 1 y 2, Ciudad de Panamá

Tel.: +507 366-1400 * Fax: +507 366-1402 www.panamacanalareabenefitplan.com.pa

Versión: Sept. 2012

