



SOLICITUD DE CITAS FUERA DE LA REPUBLICA DOMINICANA (Para ser completado por el Agente)

Nombre de la Empresa:	Fecha:	
Nombre Completo del Afiliado:		
Contrato:	Certificado:	Plan:
Intermediario:		

Teléfonos en Rep. Dominicana:		Teléfono donde se Hospedará: (Fuera del país)
Dirección donde se Hospedará: (Fuera del país)		
Nombre del Médico: (Fuera del país)	Especialidad:	
Dirección del Médico o Clínica: (Fuera del país)		
Teléfono:	Fecha tentativa para la Cita:	
Diagnostico:	Médico Referidor:	

Nota 1: Completar los Formularios Hipaa y de Reembolso y anexarlos a la solicitud. (obligatorio)

Nota 2: Incluir Historia o Reporte Clínico. (obligatorio)

Nota 3: Las Pre - certificaciones deben de hacerse mínimo antes de 72 horas de días laborables.

Nota 4: La Cobertura fuera del País de Residencia del Afiliado durante los primeros 60 días del Contrato se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosas.

Nota 5: Verifique el Tiempo de espera de su póliza para cirugías electivas.

Nota 6: Fuera del país se aplica deducible de acuerdo a su plan.

Firma del Afiliado