



**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