

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

ORDEN DE ATENCION MEDICA: 2310193495

Datos de Paciente

Nº Asegurado: 7621455 Producto: AMI RED SALUD

Apellidos y Nombres: VERGARAY BEJAR VERONICA
 Sexo: FEMENINO Edad: 43 Tipo Doc: DNI
 Inicio Vigencia: 01/01/2017 N° Solicitud Origen:
 Fecha Nacimiento: 30/01/1980 N° Decl. Accidente:

Parentesco: TITULAR

Doc. Identidad: 40451074

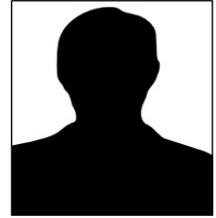
Fin Vigencia:

Estado: VIGENTE

Estado Civil: SOLTERO

Nº Contrato/Poliza: 0000059896

Moneda: SOLES



Datos de Titular

Apellidos y Nombres: VERGARAY BEJAR VERONICA
 Tipo Doc: DNI Doc. Identidad: 40451074 Tipo Afiliación: REGULAR
 Nº Plan: 216612 Plan Salud: PARTE DEL PEAS Y COMPLEMENTARIO
 Contratante: PHILIPPI, PRIETOCARRIZOSA, FERRERO DU URIA S. CIVIL DE R.L.

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL AFILIADO

Las facturas y el informe médico correspondientes, deberán remitirlos a nuestra Oficina Principal, de acuerdo al convenio establecido

Fecha y Hora Autorización: 08/02/2023 14:49:43

Fecha y Hora Impresión: 08/02/2023 14:49:48

Especialidad:

BENEFICIO AUTORIZADO

Código	Beneficio	Restricciones	Copago Fijo	Copago Variable	Fin Carencia	Observación/Condiciones Esp.
4116	ODONTOLOGIA	Ninguna	25.00 SOLES POR PIEZA DENTAL TRATADA	CUBIERTO AL 85%		

Observaciones del Asegurado:

Observaciones Adicionales:

PARA SER TRATADO POR EL MÉDICO TRATANTE

¿Qué síntomas y signos presenta el paciente? _____

Tiempo de Enfermedad _____

¿Antecedentes?

SI NO

Nº de Consultas _____

Fechas _____

CIE10	Descripción del Diagnóstico

¿Ordenó usted interconsultas con especialistas? En caso afirmativo

Nombre del Médico	Especialidad	Nº Consultas	Fecha

¿Usted ordenó exámenes comentarios o especializados? SI NO

¿Cuáles? _____

¿Se practicó algún procedimiento quirúrgico en consulta? SI NO

Proporcionar detalles _____

VISACIÓN EN EL PUNTO DE ATENCIÓN

Quienes firman y suscriben, certifican la autenticidad de los datos del presente formulario: correspondencia de la fotografía con el paciente atendido, veracidad del diagnóstico y correspondencia entre diagnóstico y prescripción.

VISACIÓN DEL MÉDICO TRAMITANTE

Nombre Médico _____ CMP _____

(Firma y sello del punto de atención del paciente)

(Firma y sello del Médico Tratante o Asistente Médico Tratante)

PARA SER LLENADO POR MEDICO AUDITOR DE LA IAFAS

Cubierto SI NO Auditado: En Base En Clínica Nombre _____

Motivo y/o Causa _____ Fecha _____ Firma y Sello _____

IMPORTANTE: La información suscrita es verídica y los médicos tratantes están autorizados para proporcionar cualquier información del acto médico relacionado a la atención, como historias clínicas, certificados, informes, intervenciones quirúrgicas, tratamientos, etc., dispensándolos de las reserva de información conforme a lo dispuesto en el artículo inciso a) de la Ley General de Salud

SILVA, EREMID ROMMEL POZO

SITEDS - Cliente Versión 00000401

