

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

**ORDEN DE ATENCION MEDICA: 2310193495**
**Datos de Paciente**

 N° Asegurado:  Producto: 

 Apellidos y Nombres: 

 Parentesco: 

 Sexo:  Edad:  Tipo Doc: 

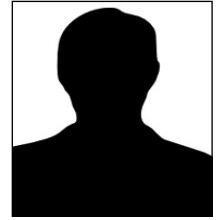
 Doc. Identidad: 

 Inicio Vigencia:  N° Solicitud Origen: 

 Fin Vigencia: 

 Fecha Nacimiento:  N° Decl. Accidente: 

 Estado: 

 Estado Civil: 

**Datos de Titular**

 Apellidos y Nombres: 

 N° Contrato/Poliza: 

 Tipo Doc:  Doc. Identidad:  Tipo Afiliación: 

 Moneda: 

 N° Plan:  Plan Salud: 

 Contratante: 

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

FIRMA DEL AFILIADO

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

 Especialidad: 

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

**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

 N° de Consultas 

 Fechas 

CIE10	Descripción del Diagnóstico

¿Ordenó usted interconsultas con especialistas? En caso afirmativo

Nombre del Médico	Especialidad	N° 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

 Dpto.: 

 Provincia: 

 Distrito: 

 Dirección: 

Página(s): 1 de 1