

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

**ORDEN DE ATENCION MEDICA: 2310193495**

**Datos de Paciente**

N° 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

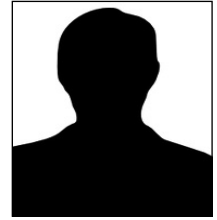
Fin Vigencia:

Estado: VIGENTE

Estado Civil: SOLTERO

N° Contrato/Poliza: 0000059896

Moneda: SOLES



**Datos de Titular**

Apellidos y Nombres: VERGARAY BEJAR VERONICA  
 Tipo Doc: DNI Doc. Identidad: 40451074 Tipo Afiliación: REGULAR  
 N° Plan: 216612 Plan Salud: PARTE DEL PEAS Y COMPLEMENTARIO  
 Contratante: PHILIPPI, PRIETOCARRIZOSA, FERRERO DU URIA S. CIVIL DE R.L.

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

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

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., dispuestos en el artículo inciso a) de la Ley General de Salud



SILVA, EREMID ROMMEL POZO SITEDS - Cliente Versión 00000401