Isapre Banmédica

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA

FOLIO Nº

DATOS AGENCIA

Fecha Recepción PAM | Fecha Emisión Bonos | Sucursal | Código

Nombre del Afiliado | R.U.T. Afiliado | Plan | Vigencia Benef.

Ultimo

Penúltimo

Sec. Beneficiario | Vigencia Inicial | Teléfono

INFORME MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente | Edad

Nombre Médico Tratante | R.U.T. | Teléfono

Especialidad | Diagnóstico Principal | Fecha Diagnóstico

Prestación Principal Realizada | Código Fonasa | Fecha Pabellón | Hora inicio Pabellón | Hábil | Inhábil

Prestación Secundaria Realizada | Código Fonasa

Otras Prestaciones | Código Fonasa

Firma Médico tratante

Anamnesis

DATOS ESTABLECIMIENTO

Establecimiento | R.U.T. Establecimiento | Fecha Ingreso | Fecha Alta

Hora Ingreso | Hora Alta

DETALLE HOSPITALIZACION

Bonos ☐ Reembolsos ☐ Cant. Boletas ☐

	VALOR PRESTACION	BONIFICACION	COPAGO
TOTAL HOSPITALIZACION			

DETALLE HONORARIOS MEDICOS

Bonos ☐ Reembolsos ☐ ☐

PROFESIONALES	R.U.T. PROFESIONAL	CODIGO PRESTACION	VALOR PRESTACION	BONIFICACION	VALOR A PAGAR
CIRUJANO					
ANESTESISTA					
1º AYUDANTE					
2º AYUDANTE					
ARSENALERA					
MATRONA					
OTROS					
TOTAL PROFESIONALES					
TOTAL GENERAL					

FINANCIAMIENTO:

- ☐ Copago Directo
- ☐ Seguro Catastrófico, Tipo de Seguro: _____
- ☐ Cuenta Corriente
- ☐ Cuenta Excedentes
- ☐ Sólo Bonificación (Clinicas en convenio)
- ☐ Otros, especificar: _____
- ☐ Urgencia - Red Catastrófica

ANTECEDENTES COMPLEMENTARIOS:

- ☐ Declaración de Accidentes
- ☐ Biopsia
- ☐ Autorización
- ☐ Otros, especificar: _____

ORIGINAL: ISAPRE

FIRMA Y FECHA RECEPCION AGENCIA	FIRMA Y FECHA VISACION C. MEDICA	FIRMA Y FECHA LIQUIDACION B. MEDICOS	FIRMA Y FECHA AUTORIZAC. COMITE BENEF.	FIRMA Y FECHA AUTORIZAC. COMITE GTES.

FOR50007 - Quimo Impresores F. 2634 2346