VIDA TRES

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA

FOLIO Nº

DATOS AGENCIA

Fecha Recepción PAM | Fecha Emisión Bonos | Sucursal | Código

Nombre del Afiliado | Rut Afiliado | Plan | Vigencia Benef.

Ultimo

Penúltimo

Sec. Beneficiario | Vigencia Inicial | Teléfono

INFORME MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente | Edad

Nombre Médico Tratante | Rut | Teléfono

Especialidad | Diagnóstico Principal | Fecha Diagnóstico

Anamnesis

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

Prestación Secundaria Realizada | Código Fonasa

Otras Prestaciones | Código Fonasa

Firma Médico Tratante

DATOS ESTABLECIMIENTO

Establecimiento | Rut. 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 ☐ **Cant. Boletas** ☐

PROFESIONALES	RUT PROFESIONAL	CODIGO PRESTACION	VALOR PRESTACION	BONIFICACION	VALOR A PAGAR
CIRUJANO					
ANESTESISTA					
1º AYUDANTE					
2º AYUDANTE					
ARSENALERA					
MATRONA					
OTROS					
TOTAL PROFESIONALES					
TOTAL GENERAL					

ORIGINAL: ISAPRE

FINANCIAMIENTO:

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

ANTECEDENTES COMPLEMENTARIOS:

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

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.

FORM. 500007 - QUIROZ Y MOLINA LTDA. - COQUIMBO 390 - FONO: 26342346 - STGO.