

AUTOSEGURO FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN

ORDEN DE ATENCION MEDICA: 2204130324

COPIA

Datos de Paciente

N° Asegurado: 0020958014

Producto: PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA PAM

Apellidos y Nombres: ZEGARRA MOLINA ELSA ESPERANZA LUZMILA

Parentesco: CONYUGUE

Sexo: FEMENINO

Edad: 69

Tipo Doc: DNI

Doc. Identidad: 08191439

Inicio Vigencia: 10/02/2022

N° Solicitud Origen:

Fin Vigencia:

Fecha Nacimiento: 27/09/1952

N° Decl. Accidente:

Estado: VIGENTE

Estado Civil: CASADO



Datos de Titular

Apellidos y Nombres: CARPIO CALONGE JULIO WIGBERTO

N° Contrato/Poliza:

Tipo Doc: DNI

Doc. Identidad: 08191440

Tipo Afiliación: REGULAR

Moneda: SOLES

N° Plan: PENS +NIVELA BLE

Plan Salud: SOLO COMPLEMENTARIO

Contratante: Fondo de Empleados del Banco de la Nacion

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: 13/04/2022 12:42:12

Especialidad: ONCOLOGIA MEDICA

Fecha y Hora Impresión: 28/04/2022 17:45:12

BENEFICIO AUTORIZADO						
Código	Beneficio	Restricciones	Copago Fijo	Copago Variable	Fin Carenia	Observación/Condiciones Esp.
4409	ONCOLOGICO AMBULATORIO	Ninguna	0.00 SOLES POR DEDUCIBLE	CUBIERTO AL 100%		

Observaciones del Asegurado:

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

MARTINEZ, CYNTHIA KATHERINE ROJAS

SITEDS - Cliente Versión 00000401

Dpto.:

Provincia:

Distrito:

Dirección:

Página(s): 1 de 3

2204130324

<p>AMBULATORIO</p> <ol style="list-style-type: none"> PRESTACIONES CUBREN SON DE ACUERDO AL TARIFARIO FEBAN. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS AMBULATORIAMENTE Y EN SALA DE OPERACIONES, SERÁN CUBIERTAS BAJO EL BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN. DE REQUERIRSE UNA CIRUGÍA NO CUBIERTA O NO CONTEMPLADA EN EL TARIFARIO FEBAN, EL AFILIADO ASUMIRÁ EL 100% DE LOS COSTOS DE DICHA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. DE REQUERIRSE UNA CIRUGÍA CUBIERTA, CON UNA TÉCNICA OPERATORIA DISTINTA A LA QUE ESTABLECE EL TARIFARIO FEBAN, EL AFILIADO ASUME LA DIFERENCIA DE COSTOS (HONORARIOSEQUIPOSMATERIALES E INSUMOS ESPECIALES) ENTRE ÉSTA Y LA CIRUGÍA ESTABLECIDA EN EL TARIFARIO FEBAN. SERVICIOS DE FARMACIA Y OTROS, QUE SE PRESTEN EN LOS POLICLÍNICOS FEBAN, SERÁN SÓLO AQUELLOS DISPUESTOS PARA DICHOS ESTABLECIMIENTOS. SE OTORGARÁ EN LOS PROVEEDORES AFILIADOS Y DISPUESTOS PARA LOS POLICLÍNICOS FEBAN. REEMBOLSO ESTÁ SUJETO A LAS MISMAS POLÍTICAS DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES QUE LAS ATENCIONES POR CRÉDITO. CONSUMOS POR EL SISTEMA DE CRÉDITO SON EXCLUYENTES CON EL SISTEMA DE REEMBOLSO, ES DECIR, NO ES POSIBLE UTILIZAR UNA MEZCLA DE AMBOS. PRÓTESIS INTERNAS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS INSUMOS ESPECIALES ETC UTILIZADOS EN PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS CUBIERTOS POR EL TARIFARIO FEBAN. NO SE CUBREN AQUELLOS UTILIZADOS EN PROCEDIMIENTOS EXCLUIDOS O NO CUBIERTOS POR EL TARIFARIO FEBAN, HASTA UN IMPORTE GLOBAL DE S/. 9,600.00 POR SINIESTRO CUBIERTO AL 50% PARA PROVEEDORES ADSCRITOS Y NO ADSCRITOS AL PAM LIMA Y PROVINCIAS REEMBOLSOS . REEMBOLSO SE PAGAN DE ACUERDO TARIFAS FEBAN (PROVEEDORES NO ADSCRITOS AL PAM). <p>EMERGENCIA</p> <ol style="list-style-type: none"> ATENCIONES CUYAS CONDICIONES DE EMERGENCIA NO HAYAN SIDO DETERMINADAS POR EL MÉDICO TRATANTE, SERÁN CONSIDERADAS BAJO LAS CONDICIONES DE DEDUCIBLES Y COASEGUROS ESTABLECIDAS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA. CONSIDERAR: PRESTACIONES CUBREN SON DE ACUERDO AL TARIFARIO FEBAN. REEMBOLSO ESTÁ SUJETO A LAS MISMAS POLÍTICAS DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES QUE LAS ATENCIONES POR CRÉDITO. CONSUMOS POR EL SISTEMA DE CRÉDITO SON EXCLUYENTES CON EL SISTEMA DE REEMBOLSO, ES DECIR, NO ES POSIBLE UTILIZAR UNA MEZCLA DE AMBOS. REEMBOLSO SE PAGAN DE ACUERDO TARIFAS FEBAN (PROVEEDORES NO ADSCRITOS AL PAM). <p>HOSPITALARIO</p> <ol style="list-style-type: none"> EN LOS CASOS DE COLECISTECTOMÍA, HERNIOPLASTIA INGUINALQUISTECTOMÍA OVÁRICA, HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICAS Y CIRUGÍA ARTROSCÓPICA, LA COBERTURA ES AL 80% EXCEPTO, EQUIPO DE LIGASURE, HOJA SHAVERPUNTA DE RADIO FRECUENCIA ANCLAS AUTOSUTURAS Y MALLAS, LOS CUALES SEGUIRÁN SIENDO CUBIERTOS AL 50%. PRESTACIONES CUBREN SON DE ACUERDO AL TARIFARIO FEBAN. DE REQUERIRSE UNA CIRUGÍA NO CUBIERTA O NO CONTEMPLADA EN EL TARIFARIO FEBAN, EL AFILIADO ASUMIRÁ EL 100% DE LOS COSTOS DE DICHA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. DE REQUERIRSE UNA CIRUGÍA CUBIERTA, CON UNA TÉCNICA OPERATORIA DISTINTA A LA QUE ESTABLECE EL TARIFARIO FEBAN, EL AFILIADO ASUME LA DIFERENCIA DE COSTOS (HONORARIOSEQUIPOSMATERIALES E INSUMOS ESPECIALES) ENTRE ÉSTA Y LA CIRUGÍA ESTABLECIDA EN EL TARIFARIO FEBAN. REEMBOLSO ESTÁ SUJETO A LAS MISMAS POLÍTICAS DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES QUE LAS ATENCIONES POR CRÉDITO. CONSUMOS POR EL SISTEMA DE CRÉDITO SON EXCLUYENTES CON EL SISTEMA DE REEMBOLSO, ES DECIR, NO ES POSIBLE UTILIZAR UNA MEZCLA DE AMBOS. PRÓTESIS INTERNAS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS INSUMOS ESPECIALES ETC UTILIZADOS EN PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS CUBIERTOS POR EL TARIFARIO FEBAN. NO SE CUBREN AQUELLOS UTILIZADOS EN PROCEDIMIENTOS EXCLUIDOS O NO CUBIERTOS POR EL TARIFARIO FEBAN, HASTA UN IMPORTE GLOBAL DE S/. 9,600.00 POR SINIESTRO CUBIERTO AL 50% PARA PROVEEDORES ADSCRITOS Y NO ADSCRITOS AL PAM LIMA Y PROVINCIAS REEMBOLSOS . REEMBOLSO SE PAGAN DE ACUERDO TARIFAS FEBAN (PROVEEDORES NO ADSCRITOS AL PAM). <p>ONCOLOGIA HOSPITALARIA</p> <ol style="list-style-type: none"> SE CUBREN: QUIMIOTERAPIAS, RADIOTERAPIAS, CIRUGÍAS ONCOLÓGICAS, MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, Y SERVICIOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO SIEMPRE Y CUANDO, SEAN SOLICITADOS POR MÉDICOS CUYAS ESPECIALIDADES CORRESPONDAN AL CAMPO DE ONCOLOGÍA. CUALQUIER OTRA PRESTACIÓN POR INDICACIÓN MÉDICA EN FORMA AMBULATORIA U HOSPITALARIA EL AFILIADO PORTADOR DE UN CÁNCER, SERÁ CUBIERTA BAJO EL BENEFICIO O ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA SEGÚN SEA EL CASO, ES DECIR, SE APLICARÁN LOS DEDUCIBLES Y COASEGUROS RESPECTIVOS. SE SUJETAN A LAS CONDICIONES DEL REGLAMENTO PAM. SÓLO PARA AFECCIÓN ONCOLÓGICA INSCRITA EN EL REGISTRO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL PAM SIEMPRE Y CUANDO, SEAN SOLICITADOS POR MÉDICOS CUYAS ESPECIALIDADES CORRESPONDAN AL CAMPO DE ONCOLOGÍA. PRESTACIONES CUBREN SON DE ACUERDO AL TARIFARIO FEBAN. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS AMBULATORIAMENTE Y EN SALA DE OPERACIONES, SERÁN CUBIERTAS BAJO EL BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN. SERVICIOS DE FARMACIA Y OTROS, QUE SE PRESTEN EN LOS POLICLÍNICOS FEBAN, SERÁN SÓLO AQUELLOS DISPUESTOS PARA DICHOS ESTABLECIMIENTOS. SE OTORGARÁ EN LOS PROVEEDORES AFILIADOS Y DISPUESTOS PARA LOS POLICLÍNICOS FEBAN. REEMBOLSO ESTÁ SUJETO A LAS MISMAS POLÍTICAS DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES QUE LAS ATENCIONES POR CRÉDITO. CONSUMOS POR EL SISTEMA DE CRÉDITO SON EXCLUYENTES CON EL SISTEMA DE REEMBOLSO, ES DECIR, NO ES POSIBLE UTILIZAR UNA MEZCLA DE AMBOS. REEMBOLSO SE PAGAN DE ACUERDO TARIFAS FEBAN (PROVEEDORES NO ADSCRITOS AL PAM). <p>ONCOLOGICO AMBULATORIO</p> <ol style="list-style-type: none"> PRESTACIONES CUBREN SON DE ACUERDO AL TARIFARIO FEBAN. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS AMBULATORIAMENTE Y EN SALA DE OPERACIONES, SERÁN CUBIERTAS BAJO EL BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN. SERVICIOS DE FARMACIA Y OTROS, QUE SE PRESTEN EN LOS POLICLÍNICOS FEBAN, SERÁN SÓLO AQUELLOS DISPUESTOS PARA DICHOS ESTABLECIMIENTOS. SE OTORGARÁ EN LOS PROVEEDORES AFILIADOS Y DISPUESTOS PARA LOS POLICLÍNICOS FEBAN. REEMBOLSO ESTÁ SUJETO A LAS MISMAS POLÍTICAS DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES QUE LAS ATENCIONES POR CRÉDITO. CONSUMOS POR EL SISTEMA DE CRÉDITO SON EXCLUYENTES CON EL SISTEMA DE REEMBOLSO, ES DECIR, NO ES POSIBLE UTILIZAR UNA MEZCLA DE AMBOS. REEMBOLSO SE PAGAN DE ACUERDO TARIFAS FEBAN (PROVEEDORES NO ADSCRITOS AL PAM).
<p>Observaciones Adicionales:</p> <p>TRATO ESPECIAL, PACIENTE ONCOLOGICO.</p> <p>FORMULARIO SUJETO A AUDITORIA MÉDICA. VALIDO PARA UNA(1) CONSULTA DE UNA MISMA ESPECIALIDAD. LA CLÍNICA ESTA OBLIGADA A ENTREGAR COPIA DE LAS FACTURAS AL ASEGURADO. TODOS LOS SERVICIOS Y SUS AMPLIACIONES QUE SE PRESTEN CON EL MISMO NÚMERO DE FORMULARIO WEB, SE ADJUNTARÁN Y FACTURARÁN EN FORMA INTEGRAL, CON LA MISMA FACTURA.</p> <p>EN CASO DE HABERSE CULMINADO LA COBERTURA, EL PROVEEDOR APLICARÁ LAS TARIFAS PACTADAS CON FEBAN.</p> <p>EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL PACIENTE TITULAR O VIUDA(O) LA CLÍNICA DEBE COBRAR EL COASEGURO DEDUCIBLE Y GASTOS NO CUBIERTOS AL CONTADO.</p> <p>EL AFILIADO EN CASO DESISTA DE HACER USO DE LA CARTA DE GARANTÍA PARA GASTOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS, SERÁ RESPONSABLE DE COORDINAR CON EL PROVEEDOR LA ANULACIÓN DE LA MISMA.</p>

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

¿Qué síntomas y signos presenta el paciente? _____

Tiempo de Enfermedad _____

¿Antecedentes?	CIE10	Descripción del Diagnóstico
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nº de Consultas _____		
Fechas _____		

¿Ordenó usted interconsultas con especialistas? En caso afirmativo indicar:

Nombre del Médico	Especialidad	Nº Consultas	Fecha
_____	_____	_____	_____

¿Usted ordenó exámenes complementarios y/o especializados? ☐ SI ☐ NO

¿Cuáles? _____

¿Se practicó algún procedimiento ó intervención quirúrgica en consultorio? ☐ SI ☐ NO

Proporcionar detalles _____

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

MARTINEZ, CYNTHIA KATHERINE ROJAS

SITEDS - Cliente Versión 00000401

2204130324

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.

(Firma y sello del punto de atención del paciente)

VISACIÓN DEL MÉDICO TRAMITANTE

Nombre Médico _____ CMP _____

(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

MARTINEZ, CYNTHIA KATHERINE ROJAS

SITEDS - Cliente Versión 00000401

Dpto.:

Provincia:

Distrito:

Dirección:

2204130324

Página(s): 3 de 3