

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización 88528249 **Fecha Notificación** 28/03/2018
Producto EPS **Nit** 800251440 **Código** EPS
Plan REGIMEN CONTRIBUTIVO **Sucursal Radicación** BACK OFFICE SERVICIOS MEDICOS **Ciudad** BOGOTA D.C.
Teléfono 6466060 **Fecha Orden Médica** 23/03/2018

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

Habilitación 110012527501 **Teléfono** 7433693
Dirección CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2 **Ciudad** BOGOTA D.C. **Departamento** DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato 3354592
Tipo de Identificación TI **Número** 1010009170 **Nombre** STEPHANY GISSSED CONDE RODRIGUEZ
Fecha de Nacimiento 28/03/2000 **Antigüedad** 36 SEMANAS
Clase Usuario POS **Nivel de Ingresos** GRUPO A
Dirección CR 9 93 76 **Ciudad** IBAGUE **Departamento** TOLIMA
Tel. Residencia 2647456 **Tel. Opcional** 3228278811 **Correo electronico**

REMITENTE

800251440 EPS SANITAS CENTRO MEDICO CASTELLANA

Habilitación 110012482618 **Teléfono** 7428383

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio SALUD MENTAL
Diagnóstico F142 **Origen** ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención HOSPITALIZACION **Cama**
Tipo de Orden Médica **Número de entrega** 1 **Tipo de Recobro**

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005542	HOSPITALIZACION DIA POR PSIQUIATRIA	1005542-HOSPITALIZACION DIA POR PSIQUIATRIA	30	0		

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
 INFORMACIÓN ADICIONAL: ORDEN MEDICA DR. MIGUEL COTE MENENDEZ. PSIQUIATRIA.

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
 INFORMACIÓN ADICIONAL:

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
 INFORMACIÓN ADICIONAL: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COPAGO EL: 11,5% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO A

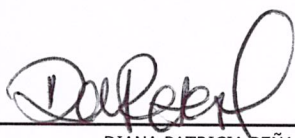
CUOTA MODERADORA

0

CANTIDAD BONOS

0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: 
 Cargo: NIVEL 1 (FUNCIONARIO NIVEL BASICO)
 Telefono: 6466060


 Recibido

VALIDO POR 120 Días

DESDE 23/03/2018

HASTA

20/07/2018

COPIA 1