

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización 95188531
Producto EPS
Plan REGIMEN CONTRIBUTIVO
Teléfono 6466060
Fecha Notificación 11/09/2018
Nit 800251440
Sucursal Radicación FONOSANITAS
Fecha Orden Médica 11/09/2018
Código EPS
Ciudad BOGOTÁ D.C.

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG
Habilitación 110012527501
Dirección CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2
Teléfono 7433693
Ciudad BOGOTÁ D.C.
Departamento DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato 1951854
Tipo de Identificación CC
Fecha de Nacimiento 17/09/1998
Clase Usuario POS
Dirección DI 23 B 2 - 24 ESTE
Tel. Residencia
Número 1069764522
Antigüedad 77 SEMANAS
Nivel de Ingresos GRUPO A
Ciudad FUSAGASUGA
Tel. Opcional
Nombre PAULA ANDREA CASTRO GUERRERO
Departamento CUNDINAMARCA
Correo electrónico

REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
Habilitación 110010918630
Teléfono 7436767

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio SALUD MENTAL
Diagnóstico F29X
Tipo de Atención HOSPITALIZACION
Tipo de Orden Médica
Cama 0
Número de entrega 1
Tipo de Recobro
Origen ENFERMEDAD GENERAL
Guía

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005453	ESTANCIA PSIQUIATRICA	1005453-ESTANCIA PSIQUIATRICA	5	0		

OBSERVACIONES

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

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGÁNICO, NO ESPECIFICADA S/A CINCO DÍAS DE ESTANCIA EN USM

CUOTA MODERADORA

CANTIDAD BONOS

COBERTURA USUARIO

0
0

Autorizado Por:

Cargo:

Teléfono:

HAIDIVY MARCELA SIERRA
CAMACHONIVEL 2 (FUNCIONARIO
PROFESIONAL EN SALUD)

6466060

VALIDO POR 120 Días

DESDE

11/09/2018
ORIGINAL

HASTA

08/01/2019

Recibido

