Hoja 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

No Autorización 89453626 Fecha Notificación 20/04/2018

Producto EPS

800251440

Código

FPS

Plan

REGIMEN CONTRIBUTIVO

Sucursal Radicación

FONOSANITAS

Ciudad

BOGOTA D.C.

Teléfono 6466060

20/04/2018 Fecha Orden Médica

SEÑORES:

Dirección

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2

Habilitación 110012527501 Teléfono Ciudad

7433693 BOGOTA D.C.

Departamento

DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato Tipo de Identificación 436777 CC

Número

79960863

Nombre

NESTOR JULIAN CASTIBLANCO ARCINIEGAS

Fecha de Nacimiento Clase Usuario

23/11/1976 POS

Antigüedad Nivel de Ingresos 502 SEMANAS GRUPO A

BOGOTA D.C. Departamento

DISTRITO CAPITAL

Dirección Tel. Residencia CARRERA 69 C # 5 A - 40 Ciudad 4191641

Tel. Opcional

Teléfono

4191641

Correo electronico

alexalexandraduartemedellin@gmail.co

REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

110010918654 Habilitación

DETALLE DEL SERVICIO

SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS Servicio

Diagnóstico

HOSPITALIZACION Cama

0

ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Atención Tipo de Orden Médica

Número de entrega

Origen Guía Tipo de Recobro

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Télefono	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. TRANSTORNO DEPRESIVO // SE AUT HX FI: 20 DE ABRIL // BENEFICIARIO CATEGORIA A

CUOTA MODERADORA CANTIDAD BONOS COBERTURA USUARIO

> KAREN LORENA DUARTE Autorizado Por:

0

0

ARBELAEZ

Cargo: Telefono: NIVEL 4 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)

6466060

VALIDO POR 120 Días DESDE

Recibido

HASTA

17/08/2018

COPIA 2

20/04/2018