Hoja 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

No Autorización

93959206

Fecha Notificación

13/08/2018

800251440

Código

EPS

Producto Plan

EPS

REGIMEN CONTRIBUTIVO

Sucursal Radicación **FONOSANITAS**

Ciudad

BOGOTA D.C.

Teléfono

6466060

Fecha Orden Médica

13/08/2018

SEÑORES:

Habilitación

Dirección

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

110012527501

Teléfono Ciudad

Nit

7433693

BOGOTA D.C.

Departamento

DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato

1113605

CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2

CC

Número

52206661

Nombre

ANGELA ROCIO GUERRA TARQUINO

Tipo de Identificación Fecha de Nacimiento

12/01/1974

Antigüedad

237 SEMANAS

Clase Usuario Dirección

POS

Nivel de Ingresos

GRUPO A BOGOTA D.C.

Departamento

DISTRITO CAPITAL

AV CARRERA 68 SUR # 38 Ciudad - 11 2171000

Tel. Opcional

2171000

Correo electronico

Tel. Residencia REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

Habilitación

110010918630

Teléfono

7436767

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio

SALUD MENTAL

Diagnóstico F412

Origen

ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Atención

HOSPITALIZACION

Cama

0

Guía

Tipo de Orden Médica

Número de entrega

Tipo de Recobro

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant. U	VR Télefono T	ipo 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: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN S/A CINCO DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA BENEFICIARIO CAT A.

CUOTA MODERADORA

0

CANTIDAD BONOS

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por:

VALIDO POR

HAIDIVY MARCELA SIERRA

CAMACHO

NIVEL 2 (FUNCIONARIO

Cargo: Telefono:

PROFESIONAL EN SALUD) 6466060

120 Días

DESDE

13/08/2018

Recibido

HASTA

10/12/2018

ORIGINAL