

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA



PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE LIQUIDACION DE SU RECLAMO. TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS
 No olvide presentar su tarjeta de identificación en el establecimiento

TIPO DE CONTRATO: INDIVIDUAL CORPORATIVO CLASICO (CARTA DE GARANTIA)

A. PARA SER LLENADO POR EL AFILIADO

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL AFILIADO				DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION CEDULA DE IDENTIDAD							
NUMERO DE CONTRATO		PLAN						FECHA CADUCIDAD TARJETA			

DATOS DEL PACIENTE AFILIADO

APELLIDOS Y NOMBRES											

EN CASO DE CORPORATIVO CLASICO:

NOMBRE DE LA EMPRESA:											
_____				_____				_____			
FECHA								FIRMA Y SELLO EMPRESA			

B PARA SER LLENADO POR EL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCION

RUC						NOMBRE					
PERMISO DE INGRESO / AUTORIZADO POR:										FECHA	

DETALLE DE LA HOSPITALIZACION	TOTAL
SERVICIO HOSPITALARIO
HONORARIOS MEDICOS
OTROS
TOTAL ATENCION

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE A MI LEAL SABER Y ENTENDER, LAS RESPUESTAS A QUI DADAS SON VERDADERAS ADEMÁS AUTORIZO A LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES QUE ME PRESTARON ATENCION MEDICA, A PROPORCIONAR TODA LA INFORMACION Y DOCUMENTOS REQUERIDOS POR SALUDSA EN LA PERSONA DE CUALQUIERA DE SUS FUNCIONARIOS INCLUYENDO COPIA DE MI HISTORIA CLINICA.

FACTURA REALIZADA POR:

FIRMA DEL AFILIADO O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

FIRMA DE RESPONSABILIDAD, SELLO DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

SUSCRIBO LA CONFORMIDAD CON LA PRESENTE CUENTA Y PAGARE INCONDICIONALMENTE LOS GASTOS NO CUBIERTOS POR SALUDSA AL HOSPITAL, LOS MISMOS QUE SE CANCELARAN A TRAVES DE LA GARANTIA, EL HOSPITAL CERTIFICA QUE LAS FIRMAS QUE APARECEN EN EL PRESENTE COMPROBANTE SON AUTENTICAS, ESTIMADO AFILIADO. CONSERVE SU COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

C DATOS A SER LLENADOS POR EL MEDICO TRATANTE

DATOS DEL MEDICO TRATANTE / DETALLE DEL DIAGNOSTICO

APELLIDOS Y NOMBRES		CEDULA DE IDENTIDAD		FECHA DIAGNOSTICO		ESPECIALIDAD	
DIAGNOSTICO ESPECIFICO DE LA ENFERMEDAD							
EN CASO DE CIRUGIA, INDIQUE EL PROCEDIMIENTO							
SE DEBE SU CONDICION A EMBARAZO SI () NO () EN CASO DE AFIRMATIVO, DE LA FECHA DE INICIO DEL EMBARAZO: AÑO..... MES..... DIA							

FIRMA MEDICO TRATANTE

FECHA DE ELABORACION DEL DOCUMENTO

D PARA USO DE SALUDSA

FECHA RECEPCION		MEDICO AUDITOR		FECHA VISACION	
RESOLUCION					
.....					