Isapre Fundación BancoEstado

Solicitud de Tratamiento

FOLIO RELACIONADO :

FOLIO N° :

Datos Isapre

Fecha Recepción PAM

Coordinación

Nombre Afiliado

Rut Afiliado

Plan

Vigencia Benef.

Último

Penúltimo

Sec. Beneficiario

Vigencia Inicial

Teléfono 1

Teléfono 2

Preexistencia

SI NO

CIE

Informe Médico Tratante

Nombre del Paciente

Edad

Teléfono Paciente

Nombre Médico Tratante

Rut Médico

Teléfono Médico

Especialidad

Diagnóstico Principal

Prestación Realizada

Código Fonasa

Fecha Diagnóstico

Fecha Inicio Síntomas

Fecha Pabellón

Hora inicio Pabellón

Hábil

Inhábil

Firma Médico Tratante

Anamnesis

Datos Establecimiento

Establecimiento

Fecha Ingreso

Fecha Alta

Rut Establecimiento

Hora ingreso

Hora Alta

Detalle Documentos Adjuntos

Prefactura		Ex. Laboratorio		Protocolo		Otros
Factura		Ex. Rayos		Biopsia		
Boletas		Informe Médico				

Detalle Honorarios Médicos

Profesionales	Rut Profesional	Código Prestación	Valor Prestación
1° CIRUJANO			
2° CIRUJANO			
ANESTESISTA			
ARSENALERA			
TOTAL			

Resolución Contraloría Médica

Código Prestación Autorizado

Observaciones

TIMBRE RECEPCIÓN ISAPRE	FIRMA Y FECHA RECEPCIÓN CONTRAL. MÉDICA	FIRMA Y FECHA RESOLUCIÓN CONTRAL. MÉDICA	FIRMA Y FECHA RECEPCIÓN BENEFICIOS	FIRMA Y FECHA LIQUIDACIÓN BENEFICIOS