

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (Campos Obligatorios)

Nombre del establecimiento: Nombre del médico tratante: CMP:

Embarazo: Sí No Tiempo (sem):

Diagnóstico:	CIE10:
1	_____
2	_____
3	_____
4	_____

DATOS NECESARIOS PARA REEMBOLSOS

La cuenta debe estar a nombre del asegurado y no aplica para banco Cencosud, Ripley, Saga Fallabela, Cajas o cuentas mancomunadas.

Nombre del banco:

Número de cuenta bancaria:

Cuenta Interbancaria (CCI):

Moneda: S/ \$

Tipo de cuenta: Ahorro Corriente Maestra

Fecha:

Firma del Médico Tratante