



REEMBOLSO AMBULATORIO [5]

N°

06 - 47686785

N° CONTRATO	N° CORR.	COD. BEN.	SUCURSAL	FECHA EMISION	TIPO PLAN	CATEGORIA	SUC. PAGO	FECHA PAGO	COD. CONV.
4244726-9	743		86	28/01/2014	E1	GR 707	86	28/01/2014	0
NOMBRE DEL PACIENTE					RUT TITULAR	NOMBRE TITULAR			VALIDO HASTA
					010011504-2	CASTRO MUNOZ ERIKA MAGALY			28/03/2014
NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO					RUT MED / ESTABLECIMIENTO	PROFESIONAL TRATANTE			COPAGO EN ISAPRE

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

Rut Profesional / Establecimiento	Tipo Prestación	Código Atención	Cantidad	Código	N.Boleta Factura	Valor Cobrado	Bonificado Colmena
083163700-5 / 009512513-1	10 A	2301071	1	0	286235	176080	9.324



<b>TOTALES</b>			0	176.080	9.324
RUT Y FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO	FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO	FIRMA Y TIMBRE CAJERO	VALOR ORDEN		
010011504-2 CASTRO MUNOZ ERIKA MAGALY	DECLARACION: EL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO CERTIFICA HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTA ORDEN. Forma de Pago: Efectivo		9324		
			BENEFICIOS 086 86 - 47686785		

AFILIADO

N° FOLIO: 39211690