

PLANILLA TRÁMITE DE EXCEPCIÓN POR HONORARIOS MÉDICOS EN PRÁCTICAS NO CONVENIDAS

DATOS DEL PROFESIONAL			
Apellido		Nombre	
Matrícula		Especialidad	
Lugar de Trabajo			

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido		Nombre	
DNI		Edad	
Localidad		Teléfono	
OS/Prepaga		N° Afiliado	

INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO		
Diagnóstico		
Tipo de Práctica		
Justificación		
PRÁCTICA	AMBULATORIA	INTERNACIÓN
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INTERNACIÓN		
	INCLUYE	EXCLUYE
Honorarios Profesionales		
Aparatología		
Internación		
Anestesia		
Instrumentación		

AMBULATORIA		
	INCLUYE	EXCLUYE
Gastos		
Honorarios		

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MONTO SOLICITADO

- *El presupuesto tiene validez por 30 días*
- *La diferencia entre el presupuesto solicitado y el autorizado, queda a cargo del paciente.*
- SI SE AUTORIZA A FACTURAR POR LA AGREMIACIÓN: **ADJUNTAR PRESUPUESTO CON VALOR AUTORIZADO A FACTURAR.**