

# 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



— 80 Aniversario —

