

TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

POR HONORARIOS MÉDICOS EN PRÁCTICAS NO CONVENIDAS

DATOS DEL PROFESIONAL			
Nombre			
Apellido			
Matrícula		Especialidad	
Lugar de Trabajo			

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

INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO	
Diagnóstico	
Tipo de Práctica	
Justificación	

PRÁCTICA	AMBULATORIA	INTERNACIÓN

TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

POR HONORARIOS MÉDICOS EN PRÁCTICAS NO CONVENIDAS

INTERNACIÓN			
	INCLUYE	EXCLUYE	SUBTOTAL
Honorarios Profesionales			
Aparatología			
Internación			
Anestesia			
Instrumentación			

AMBULATORIA			
	INCLUYE	EXCLUYE	SUBTOTAL
Gastos			
Honorarios			

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MONTO TOTAL SOLICITADO

* El presupuesto tiene validez por 30 días

* La diferencia entre el presupuesto solicitado y el autorizado queda a cargo del paciente.