



CENTRO OPERATIVO

Tipo de Trámite : BONO DE CONSULTA

Trámite Nro. :

Fecha :

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellidos : Nro. Beneficiario :

Documento : Edad: Localidad:

Plan : Filial :

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos

Domicilio

Localidad

Prestacion	Código	Cantidad	Coseguro

Trámite: AUTORIZADO

Fecha de Autorización

dd/mm/aaaa

VALIDEZ 30 días

COSEGURO DE 0000.000 A

CARGO DEL AFILIADO,
ABONA EN PRESTADOR

OBSERVACIONES

(*) null

Ad referéndum de Auditoría Médica Central. Esta autorización debe adjuntarse a la facturación, junto con una copia de los informes o historia clínica. Validez de la Autorización: 30 días

Fecha de atención:/...../.....

Autorizado por Plataforma
Tecnologica de OSPF

Diagnóstico:
.....