



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:
.....

Firma y sello del Medico Auditor

Firma del Beneficiario

Firma, sello y matricula de Efector