

CONSULTAS AMBULATORIAS

IMPORTANTE:

Próximamente, solo tendrán validez las consultas y prácticas que hayan sido verificadas ONLINE. Deberán colocar N° de autorización correspondiente.

Más información: servicios@activia.com.ar
2205-9500 / 4224-3332 (opción 6)

CENTRO DE ATENCION - NOMBRE:

DIRECCION DEL LUGAR DE ATENCION:

ARANCEL DIFERENCIADO
(Tachar los que no corresponda)

SI NO

MES AÑO

N° 0028502 /2001

MATRICULA:

APELLIDO Y NOMBRE _____ Fecha de prestación

	NUMERO DE AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE DE AFILIADO	EDAD	DIA	HORA	CODIGO PRESTACION	COS	Nº DE AUTORIZACIÓN	DIAGNOSTICO	FIRMA AFILIADO	NRO. DE DOCUMENTO
1	6 6					4 2 0 1 0 1					
2	6 6					4 2 0 1 0 1					
3	6 6					4 2 0 1 0 1					
4	6 6					4 2 0 1 0 1					
5	6 6					4 2 0 1 0 1					
6	6 6					4 2 0 1 0 1					
7	6 6					4 2 0 1 0 1					
8	6 6					4 2 0 1 0 1					
9	6 6					4 2 0 1 0 1					
10	6 6					4 2 0 1 0 1					
11	6 6					4 2 0 1 0 1					

IMPORTANTE

Rogamos llenar esta planilla con letra de imprenta legible, de lo contrario los datos no podran ser procesados.

RECORDAMOS QUE A PARTIR DE LA 3er. CONSULTA, SE DEBERA ADJUNTAR HISTORIA CLINICA

Fecha de entrega

Firma:

La presente planilla tiene carácter de **DECLARACION JURADA**

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE