

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:

MATRICULA:

ARANCEL DIFERENCIADO
(Tachar los que no corresponda) **SI** **NO**

MES AÑO

N° 0028501 /2001

APELLIDO Y NOMBRE _____ Fecha de prestación

	NUMERO DE AFILIADO		APELLIDO Y NOMBRE DE AFILIADO		EDAD	DIA	HORA	CODIGO PRESTACION	COS	N° DE AUTORIZACIÓN	DIAGNOSTICO	FIRMA AFILIADO	NRO. DE DOCUMENTO
1	6	6						420101					
2	6	6						420101					
3	6	6						420101					
4	6	6						420101					
5	6	6						420101					
6	6	6						420101					
7	6	6						420101					
8	6	6						420101					
9	6	6						420101					
10	6	6						420101					
11	6	6						420101					

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