

AUTORIZACIÓN NO.:		FECHA:		AUTORIZADO POR:	
-------------------	--	--------	--	-----------------	--

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDOS:					NO. AFILIADO:		
DIRECCIÓN					NSS:		
TEL. CASA			TEL. MÓVIL			TIPO AFILIADO:	<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPEN.
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA NAC.:	DÍA	MES	AÑO	CÉDULA:		
TIPO DE PLAN:		<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIO <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO	NOMBRE DEL PLAN:		<input type="checkbox"/> FLEX SMART <input type="checkbox"/> FLEX UP <input type="checkbox"/> FLEX CARE	<input type="checkbox"/> FLEX LIFE <input type="checkbox"/> OTRO	

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

NOMBRE DEL CENTRO:		CÓDIGO:	
NOMBRE DEL MÉDICO:		CÓDIGO:	
ESPECIALIDAD:			

DIAGNÓSTICO:

SERVICIOS

TIPO DE SERVICIO:		<input type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFIQUE) _____	<input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/> ESTUDIO DE DIAGNÓSTICOS
-------------------	--	---	---	--

FECHA INGRESO:		FECHA EGRESO:		TOTAL DE DÍAS INTERNAMIENTO:	
MONTO RECLAMADO POR EL PSS		MONTO A PAGAR POR LA ARS		DIFERENCIA A PAGAR POR EL AFILIADO	

Firma del afiliado

Firma del Médico Tratante

Cédula del afiliado

Exequatur

Sello