nuestra esencia es humana

Autorización
de crédito ambulatorio

Ciudad: _____

Fecha: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

Prestador: _____

Negocio: Ind. ☐ Emp. ☐ Fam. ☐ Corp. ☐ Otro ☐

Titular: _____ Beneficiario: _____

C.I.: _____ Plan: _____

No. de contrato: _____ Empresa: _____

Teléfono contacto: _____ E-mail: _____

Diagnóstico: _____

Código	Descripción	Valor

Paciente debe pagar en caja:
Total a pagar paciente = Monto deducible + {(Total bruto de factura - Monto Deducible)* % de total de factura}

Monto de deducible: $ _____

% de total de factura: _____

FIRMA PACIENTE

• Esta autorización de crédito ambulatorio tendrá una vigencia de ☐☐ laborales

EMITIDO POR:	AUTORIZADO POR:	DIRIGIDO A: