|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo | **Formulario de Cobertura Prestaciones Médicas mediante un Plan de Pago** | **Determinación de Capacidad de Pago de Prest. Médicas Ambulatorias**  Proceso Específico - 04.01.05/2 |
| Paciente:……………………………………………………………………………..……………………  Edad: ……………… DNI: …………………... Fecha: ……….. Teléfono: ………………………..  Informe Social: …………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………  Detalle del plan de pago: Sin descuento  Con descuento  Porcentaje de descuento:……………………   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Cantidad** | **Código Prestación** | | **Prestación/Especialidad** | **Precio de la prestación** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | Cantidad de cuotas | |  |   Documentación adjunta: Copia de pedido Médico  Presupuesto HU  Recordar al paciente que los planes de cuotas abonados en efectivo se ajustarán según la tasa efectiva anual (TEA) del Banco de la Nación Argentina.  Firma y sello Profesional UTS | | |