|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo | **Modalidad de Facturación para Prestaciones con Descuento** | **Determinación de Capacidad de Pago de Prest. Médicas Ambulatorias**  Proceso Específico - 04.01.05/1 |
| Paciente:……………………………………………………………………………..……………………  Edad: ……………… DNI: …………………... Fecha: ……….. Teléfono: ………………………..  Informe Social: …………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………  Porcentaje de descuento: ……………………..   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Cantidad** | **Código Prestación** | **Prestación/Especialidad** | **Precio de la prestación con descuento** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | Total | | |  |   Documentación adjunta: Copia de pedido Médico  Presupuesto HU  Firma y sello Profesional UTS   |  |  | | --- | --- | | **Intervención Comercialización**  Fecha:  Códigos y precios correctos  Se rectifica  (adjuntar rectificación)  Firma y sello Comercialización | **Intervención Dirección de Gestión Administrativa**  Aprobado  Rechazado    Firma y sello Dirección Administrativa | | **Intervención Dirección General/Junta Directiva**  Aprobado  Rechazado  Fecha tratamiento: …………………………  Firma y sello Dirección General | **Intervención Tesorería**  Fecha: Documento de Pago firmado  Firma y sello Tesorería | | **Intervención Jefatura de Admisión**  Fecha de toma de conocimiento ………………………..  Firma y sello Jefatura de Admisión | **Observaciones:** | | | |