2016			BULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.	Nº de opera	ción del CAU	
2010	Especialidad: 096 ENF	:RMERIA				
Colectivo	Número de Póliza	Benef.	Nombre y apellidos del paciente	DNI / NIF		_
		Щ				
Señale cor El motivo d	10			oulancias		
Facturació	n 3 Poliza depor	liva		genoterapia		
Extraordina			6 Otro:			-
Coairique i	los actos por el nomencl	ator OMC	Descripción del acto			1
						٢
Actos [Médicos		Ш				_
Realizados		Ш				
- [
1.00000 0000	FIRMA DEL ASEGURADO		FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	REALIZADOR	FECHA DE REALIZACI	۱Ó۱
					1.1.1.	ı
		***************************************			dia mes año	_
				1437268	R Identificador de	Vo
1110000				1401200	J Idonanoador do	**
	44.40					
<u>a 3-</u>	Médico: 07 41 4 1 43	3 41 AME	BULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.	Nº de opera	ción del CAU	
2016	Especialidad: 096 ENFI	RMERIA				
Colectivo	Número de Póliza	Renef	Nombre y apellidos del paciente	DNI / NIF		I
III	I I I I I I I I	Deriei.				1
Señale cor	1 X 2 Asegurado I	nualatorio	4 Asistencia en domicilio 7 Aml	nulancias		
El motivo d	de Déliza depar		5 Asistencia en Hospital 8 Oxig			
Facturació Extraordina		disting antwice stations as fee	6 Otro:	goriotorapia		
	los actos por el nomencl	ator OMC	Descripción del acto			_
	I I I I I		I			1
L ^ L						_
Actos (Médicos						_
Realizados		(S), (1 (S))(S)				
. [1000			
strap scens	FIRMA DEL ASEGURADO	pi , rabben versili.	FIRMAY SELLO DEL PROFESIONAL	REALIZADOR	FECHA DE REALIZACI	۱Ó۱
					1 . 1 . 1	
				1	dia mes año	
					did illoo dilo	
yeritaangabur Si eneligi ya i	FM G UT AS gravated promise and a					
yarishangnibur bilabasi guyul		 		4 4074 0	•	
			00122	1437167	Identificador de	Vo
			00122	1437167	/ Identificador de	Vo
			 	1437167	7 Identificador de	Vo
			BULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.	1437167	7 Identificador de	Vo
<u>a</u>	Médico: 07 41 414 9)3 41 AME			Identificador de	Vo
2016)3 41 AME				Vo
<u>sa</u>	Médico: 07 41 414 9)3 41 AME	BULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.			Vo
2016	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENF I	93 41 AME ERMERIA	BULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.	N° de opera		Vo
2016 Colectivo L L Señale cor	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENF I Número de Póliza X 2 Asegurado I	93 41 AME ERMERIA Benef.	BULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.	Nº de opera		Vo
2016 Colectivo Señale core El motivo de la	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENF <i>Número de Póliza</i> X 2 Asegurado lo de 2 Póliza de 2 Póliza de 2000	3 41 AMEERMERIA Benef. Julius gualatorio	BULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A. Nombre y apellidos del paciente 4 Asistencia en domicilio 7 Ami	Nº de opera DNI / NIF Dulancias		Vo
2016 Colectivo L L Señale cor	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENF I <i>Número de Póliza</i> 1	3 41 AMEERMERIA Benef. Julius gualatorio	BULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A. Nombre y apellidos del paciente 4 Asistencia en domicilio 7 Ami	Nº de opera DNI / NIF Dulancias		Vo
2016 Colectivo Señale cor El motivo o Facturación Extraordina	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENFI Número de Póliza IX 2 Asegurado I de 3 Póliza depor aria	Benef. Bull ligualatorio tiva	Nombre y apellidos del paciente 4 Asistencia en domicilio 7 Aml 5 Asistencia en Hospital 8 Oxig	Nº de opera DNI / NIF Dulancias		Vo
2016 Colectivo Señale cor El motivo o Facturación Extraordina	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENF I <i>Número de Póliza</i> 1	Benef. Bull ligualatorio tiva	Nombre y apellidos del paciente 4 Asistencia en domicilio 7 Ami 5 Asistencia en Hospital 8 Oxig	Nº de opera DNI / NIF Dulancias		Vo
2016 Colectivo Señale cor El motivo o Facturación Extraordina Codifique	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENFI Número de Póliza IX 2 Asegurado I de 3 Póliza depor aria	Benef. Bull ligualatorio tiva	Nombre y apellidos del paciente 4 Asistencia en domicilio 7 Ami 5 Asistencia en Hospital 8 Oxig	Nº de opera DNI / NIF Dulancias		Vo
2016 Colectivo Señale core El motivo co Facturación Extraordina Codifique	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENFI Número de Póliza IX 2 Asegurado I de 3 Póliza depor aria	Benef. Bull ligualatorio tiva	Nombre y apellidos del paciente 4 Asistencia en domicilio 7 Ami 5 Asistencia en Hospital 8 Oxig	Nº de opera DNI / NIF Dulancias		Vo
2016 Colectivo Señale cor El motivo o Facturación Extraordina Codifique	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENFI Número de Póliza IX 2 Asegurado I de 3 Póliza depor aria	Benef. Bull ligualatorio tiva	Nombre y apellidos del paciente 4 Asistencia en domicilio 7 Ami 5 Asistencia en Hospital 8 Oxig	Nº de opera DNI / NIF Dulancias		Vo
2016 Colectivo Señale core El motivo co Facturación Extraordina Codifique	Médico: 07 41 4149 Especialidad: 096 ENFI Número de Póliza IX 2 Asegurado I de 3 Póliza depor aria	Benef. Bull ligualatorio tiva	Nombre y apellidos del paciente 4 Asistencia en domicilio 7 Ami 5 Asistencia en Hospital 8 Oxig	Nº de opera DNI / NIF Dulancias		Va