



08/11/2016

Médico: 07 41 41493 41 AMBULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.

Especialidad: 096 ENFERMERIA

Nº de operación del CAU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Colectivo Número de Póliza Benef.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Señale con X
El motivo de Facturación
Extraordinaria☒ 2 Asegurado Igualatorio
☒ 3 Póliza deportiva

Nombre y apellidos del paciente

DNI / NIF

☒ 4 Asistencia en domicilio
☒ 5 Asistencia en Hospital
☒ 6 Otro: ☒ 7 Ambulancias
☒ 8 Oxigenoterapia

Codifique los actos por el nomenclator OMC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Actos
Médicos
Realizados

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL REALIZADOR

FECHA DE REALIZACIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

día mes año



001221437268

Identificador de Volante

Volante de registro extraordinario



08/11/2016

Médico: 07 41 41493 41 AMBULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.

Especialidad: 096 ENFERMERIA

Nº de operación del CAU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Colectivo Número de Póliza Benef.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Señale con X
El motivo de Facturación
Extraordinaria☒ 2 Asegurado Igualatorio
☒ 3 Póliza deportiva

Nombre y apellidos del paciente

DNI / NIF

☒ 4 Asistencia en domicilio
☒ 5 Asistencia en Hospital
☒ 6 Otro: ☒ 7 Ambulancias
☒ 8 Oxigenoterapia

Codifique los actos por el nomenclator OMC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Actos
Médicos
Realizados

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL REALIZADOR

FECHA DE REALIZACIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

día mes año



001221437167

Identificador de Volante

Volante de registro extraordinario



08/11/2016

Médico: 07 41 41493 41 AMBULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.

Especialidad: 096 ENFERMERIA

Nº de operación del CAU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Colectivo Número de Póliza Benef.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Señale con X
El motivo de Facturación
Extraordinaria☒ 2 Asegurado Igualatorio
☒ 3 Póliza deportiva

Nombre y apellidos del paciente

DNI / NIF

☒ 4 Asistencia en domicilio
☒ 5 Asistencia en Hospital
☒ 6 Otro: ☒ 7 Ambulancias
☒ 8 Oxigenoterapia

Codifique los actos por el nomenclator OMC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Actos
Médicos
Realizados

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL REALIZADOR

FECHA DE REALIZACIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

día mes año



001221437369

Identificador de Volante

Volante de registro extraordinario