



05/05/2015

Médico: 07 29 29095 29 AMBULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.

Nº de operación del CAU

Especialidad: 301 AMBULANCIAS Y OTROS TRASLADOS SANITARIOS

Colectivo	Número de Póliza	Benef.	Nombre y apellidos del paciente	DNI / NIF
Señale con X	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Asegurado Igualatorio	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Asistencia en domicilio	<input checked="" type="checkbox"/> 7 Ambulancias	
El motivo de Facturación	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Póliza deportiva	<input checked="" type="checkbox"/> 5 Asistencia en Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> 8 Oxigenoterapia	
Extraordinaria		<input checked="" type="checkbox"/> 6 Otro:		
Codifique los actos por el nomenclator OMC			Descripción del acto	
Actos Médicos Realizados				
FIRMA DEL ASEGURADO			FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL REALIZADOR	
			FECHA DE REALIZACIÓN	
			dia mes año	

Volante de registro extraordinario



000968852664

Identificador de Volante



05/05/2015

Médico: 07 29 29095 29 AMBULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.

Nº de operación del CAU

Especialidad: 301 AMBULANCIAS Y OTROS TRASLADOS SANITARIOS

Colectivo	Número de Póliza	Benef.	Nombre y apellidos del paciente	DNI / NIF
Señale con X	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Asegurado Igualatorio	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Asistencia en domicilio	<input checked="" type="checkbox"/> 7 Ambulancias	
El motivo de Facturación	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Póliza deportiva	<input checked="" type="checkbox"/> 5 Asistencia en Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> 8 Oxigenoterapia	
Extraordinaria		<input checked="" type="checkbox"/> 6 Otro:		
Codifique los actos por el nomenclator OMC			Descripción del acto	
Actos Médicos Realizados				
FIRMA DEL ASEGURADO			FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL REALIZADOR	
			FECHA DE REALIZACIÓN	
			dia mes año	

Volante de registro extraordinario



000968852462

Identificador de Volante



05/05/2015

Médico: 07 29 29095 29 AMBULANCIAS ANDALUCIA, S.C.A.

Nº de operación del CAU

Especialidad: 301 AMBULANCIAS Y OTROS TRASLADOS SANITARIOS

Colectivo	Número de Póliza	Benef.	Nombre y apellidos del paciente	DNI / NIF
Señale con X	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Asegurado Igualatorio	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Asistencia en domicilio	<input checked="" type="checkbox"/> 7 Ambulancias	
El motivo de Facturación	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Póliza deportiva	<input checked="" type="checkbox"/> 5 Asistencia en Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> 8 Oxigenoterapia	
Extraordinaria		<input checked="" type="checkbox"/> 6 Otro:		
Codifique los actos por el nomenclator OMC			Descripción del acto	
Actos Médicos Realizados				
FIRMA DEL ASEGURADO			FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL REALIZADOR	
			FECHA DE REALIZACIÓN	
			dia mes año	

Volante de registro extraordinario



000968853869

Identificador de Volante