



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

08/11/2016

Especialidad: 301 AMBULANCIAS Y OTROS TRASLADOS SANITARIOS

Nº de operación del CAU

Colectivo	Número de Póliza	Benef.	Nombre y apellidos del paciente	DNI / NIF
Señale con X El motivo de Facturación Extraordinaria	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Asegurado Igualatorio <input checked="" type="checkbox"/> 3 Póliza deportiva	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Asistencia en domicilio <input checked="" type="checkbox"/> 5 Asistencia en Hospital <input checked="" type="checkbox"/> 6 Otro:	<input checked="" type="checkbox"/> 7 Ambulancias <input checked="" type="checkbox"/> 8 Oxigenoterapia	
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	



001221392468

Identificador de Volante



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

08/11/2016

Especialidad: 301 AMBULANCIAS Y OTROS TRASLADOS SANITARIOS

Nº de operación del CAU

Colectivo	Número de Póliza	Benef.	Nombre y apellidos del paciente	DNI / NIF
Señale con X El motivo de Facturación Extraordinaria	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Asegurado Igualatorio <input checked="" type="checkbox"/> 3 Póliza deportiva	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Asistencia en domicilio <input checked="" type="checkbox"/> 5 Asistencia en Hospital <input checked="" type="checkbox"/> 6 Otro:	<input checked="" type="checkbox"/> 7 Ambulancias <input checked="" type="checkbox"/> 8 Oxigenoterapia	
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	



001221392660

Identificador de Volante



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

08/11/2016

Especialidad: 301 AMBULANCIAS Y OTROS TRASLADOS SANITARIOS

Nº de operación del CAU

Colectivo	Número de Póliza	Benef.	Nombre y apellidos del paciente	DNI / NIF
Señale con X El motivo de Facturación Extraordinaria	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Asegurado Igualatorio <input checked="" type="checkbox"/> 3 Póliza deportiva	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Asistencia en domicilio <input checked="" type="checkbox"/> 5 Asistencia en Hospital <input checked="" type="checkbox"/> 6 Otro:	<input checked="" type="checkbox"/> 7 Ambulancias <input checked="" type="checkbox"/> 8 Oxigenoterapia	
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	



001221392569

Identificador de Volante