

(UAT) - CENTRO MEDICO DEL CARIBE S.A

RUC. 1279-193-25605 D.V. 97

Tels. 441-4420

DETALLE DE CARGOS

Apdo.

w.berrio

26/02/2015 01:56:06 PM

Nombre: **ALICE CHAMBERS**

3-00-44-239-D Sexo: F Edad: 71

Cédula: Pasaporte:

Fecha Ingreso:

Dirección Residencial: CALLE 7 Y 8 AMADOR GUERRERO CASA# 7110 APTO.3 13/02/2015

Fecha Egreso: 13/02/2015

Días Hospitalizados: 0

Médico:

JUDITH ESTHER LEAL CORREA

PID - Admision:

Factura No.:

Aseguradora:

Categoría:

276-11 Fecha Nac.: 28/05/1943

152174

CONSULTA EXTERNA (OPD)

AXA ASSISTANCE MEXICO SUCURSAL PANAMA, S.A.

67453 Cert.:

Poliza #.: Num. Aprob.: L-654

ICD9:

ADMISION Area Admite:

):								
Fecha	Tipo	Serv.	Usuario	Código	Descripción del Cargo	Cant.	Precio	Total
RIO CLINICO	0[9]							
13/02/2015	С	07		86920-1	UNIDAD DE SANGRE TRANSFUNDIDA	1	25.00	25.00
TOTAL DE LABORATORIO CLINICO [9]					1		25.00	
TOTALES F	OR TIP	O DE S	ERVICIOS					
PROCEDIMIENTOS					25.00			
2	Fecha IO CLINICO 13/02/2015 ABORATOR TOTALES F	Fecha Tipo IO CLINICO [9] 13/02/2015 C ABORATORIO CLI TOTALES POR TIP	Fecha Tipo Serv. IO CLINICO [9] 13/02/2015 C 07 ABORATORIO CLINICO [9 INTERPRETATION 10 INTERPRETATIO	Fecha Tipo Serv. Usuario IO CLINICO [9] 13/02/2015 C 07 ABORATORIO CLINICO [9] TOTALES POR TIPO DE SERVICIOS	Fecha Tipo Serv. Usuario Código IO CLINICO [9] 13/02/2015 C 07 86920-1 ABORATORIO CLINICO [9] TOTALES POR TIPO DE SERVICIOS	Fecha Tipo Serv. Usuario Código Descripción del Cargo IO CLINICO [9] 13/02/2015 C 07 86920-1 UNIDAD DE SANGRE TRANSFUNDIDA ABORATORIO CLINICO [9] TOTALES POR TIPO DE SERVICIOS	Fecha Tipo Serv. Usuario Código Descripción del Cargo Cant. IO CLINICO [9] 13/02/2015 C 07 86920-1 UNIDAD DE SANGRE TRANSFUNDIDA 1 ABORATORIO CLINICO [9] 1 1 TOTALES POR TIPO DE SERVICIOS 1	Fecha Tipo Serv. Usuario Código Descripción del Cargo Cant. Precio IO CLINICO [9] 13/02/2015 C 07 86920-1 UNIDAD DE SANGRE TRANSFUNDIDA 1 25.00 ABORATORIO CLINICO [9] TOTALES POR TIPO DE SERVICIOS

.:: RESUMEN ::.								
GRAN TOTAL DE CARGOS		1	25.00					
POR CENTROS DE SERVICIO:								
9 - LABORATORIO CLINICO	25.00							
POR TIPOS DE SERVICIO:								
07 - PROCEDIMIENTOS	25.00	1 🗸)	<u> </u>					

Nota: 'Sr. paciente, este SALDO es al momento de su facturación, En caso de CARGOS ADICIONALES a esta fecha, le será notificado oportunamente'