

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD****PRESUPUESTO DE INTERNACION**

Versión: 03
Código: F-GO-14
Fecha: 01/11/2019
Pagina 1 de 1

N° PRESUPUESTO: _____**FECHA:** _____**ADHERENTE:** _____**GRUPO:** _____**PLAN:** _____**ANTIGÜEDAD:** _____**PRESTADOR:** _____**EDAD:** _____**DIAGNOSTICO:** _____**MEDICO TRATANTE:** _____**TRATAMIENTO:** _____

Practica Especialidad Prt Nombre Cant. Oami Cubre Adher. Paga Co-Pago

Estos Montos incluyen I.V.A.

OBS:**FECHA DE EMISION:****REALIZADO POR:****AUTORIZADO POR:****Importante**

* El presente presupuesto es una información de cobertura, no valido para facturación, basado estrictamente en la orden medica; una vez internado puede sufrir modificaciones según indicaciones de su médico tratante durante el evento.

* El equipo Quirúrgico deberá estar conformado por prestadores de OAMI.

* Esta cobertura es válida hasta la fecha y hora de la indicacion de alta del paciente (firmada por el médico tratante), conforme los dias de interanción que estipula el contrato del paciente.

* Los gastos posteriores por permanencia en el sanatorio serán a cargo del paciente.

* Los medicamentos y descartables indicados al momento del alta del paciente no forman parte de esta cobertura. Como tampoco aquellos de via oral o de uso habitual del paciente.

* Equipos no contemplados, intrumentales medicos, electrocauterizador, trocares, clip, mallas, protesis, lentes, faco, microscopio y Sustancias Viscoelásticas, seran a cargo del asegurado.

* Para Obtener los beneficios deberá estar al dia con sus obligaciones. Este presupuesto no reemplaza la hoja de Cobertura, es solo informativo.

RECIBIDO POR: _____

ACLARACION: _____

C.I. N°: _____

FECHA: _____