ARANCELAMIENTO
Ministerio de SALUD
Gobierno de Entre Ríos

Orden de Prestación por Traslado en Ambulancia

Afiliado Titular:
Documento Nº..... Apellido y Nombre:.....
Coseguro: SI - NO

Beneficiario:
Documento Nº..... Apellido y Nombre:.....
Documento Nº..... Apellido y Nombre:.....
Documento Nº..... Apellido y Nombre:.....
Crédito: SI - NO

Crédito..... Derivación.....

Salida		**Destino**		**Conformidad Establecimiento**	
Localidad (COD).....		Localidad (COD).....			
Domicilio	Fecha/hora	Domicilio	Fecha/hora	Fecha	Firma

Observaciones: .....

.....

Arancelamiento:

Viaje
IDA - IDA Y VUELTA

....
Costo p/Km **Km. Recorr.** **A/C Afdo.** **A/C O. Social**

Agencia: .....
Fecha: .....

Firma y Sello

Empresa:.....
Código:.....

Firma y Sello

ALTA
Complejidad:
COMUN

Conformidad del afiliado

Formulario 05-599