

FECHA: / /

UGL / AGENCIA: _____

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL _____

Nº DE SAP _____

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

Nº BENEFICIO - GP: _____ - _____

DIAGNÓSTICO: _____

MOTIVO RECHAZO (Seleccione una opción)

- Capacidad prestacional cubierta
- Demora mayor a 30 días en consultas / 60 días en cirugías.
- Equipamiento averiado
- Falta complejidad
- Falta de profesionales
- Otro _____

PRÁCTICAS RECHAZADAS (Descripción)

Firma y sello Prestador