



Obra de Clérigos en Ayuda Solidaria, A.R.

Programa de Salud

# CARTA GARANTÍA DE PAGO

## Datos de la autorización

Diócesis	Número de evento	Número de episodio	Ciudad o de atención/ Estado	Número de afiliado	Tipo de Programa
----------	------------------	--------------------	------------------------------	--------------------	------------------

## Datos del beneficiario

Nombre del paciente	Fec. Nac.	Edad	Sexo
---------------------	-----------	------	------

## Información médica

Diagnóstico ICD

Tratamiento médico o procedimiento CPT

## Datos de proveedor

Prestador de servicios (Nombre comercial)	Habitación
---	------------

Nombre de razón social RFC Prestador (Hospital o servicio auxiliar)

Tipo de servicio:  Consulta  Hospitalización  Programación Cirugía  Servicios auxiliares

**30 días a partir de su emisión**

Fecha de Ingreso Vigencia de la carta  
Fecha de Egreso   
Fecha de Ocurrido

## Monto autorizado al prestador

\$ **\$0.00**

## Honorarios médicos

Dr.	Cirujano	<b>\$0.00</b>
Dr.	Anestesiólogo	<b>\$0.00</b>
Dr.	Primer ayudante	<b>\$0.00</b>
Dr.	Segundo ayudante	<b>\$0.00</b>
Dr.	Internista	<b>\$0.00</b>
<b>Total honorarios autorizados</b>		<b>\$0.00</b>

## Cargos a cuenta del beneficiario

Contribución inicial	<b>\$0.00</b>
Copago (20%)	<b>0%</b>
Gastos no cubiertos (enlistar gastos)	<b>\$0.00</b>
<b>Total evento autorizado por atención en salud</b>	<b>\$0.00</b>

## Programación de medicamentos/ estudios

Nombre del medicamento/ estudio	Presentación	Cantidad	Total
			<b>\$0.00</b>

## Observaciones:

**ATENTAMENTE**

Pbro. Eduardo Agustín Aguilar Navarro

RESPONSABLE DE OCEAS

Facturar a: OBRA DE CLÉRIGOS EN AYUDA SOLIDARIA A.R. RFC OCA131205713 Mérida No. 20, Col. Roma, Ciudad de México; C.P. 06700