

DECLARACION DE APARATOLOGIA



ASOCIACION DE MEDICOS
DE GRAL. SAN MARTIN Y 3 DE FEBRERO

MATRICULA PROVINCIAL

DIGITO N°

APELLIDO Y NOMBRE

SELLO PASADO PC FECHA

ESPECIFICACION DE LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON LA APARATOLOGIA

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD

COD. ESPEC.

COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA Y LEGIBLE

(I) Denominación, tipo función del equipo. (II) Marca de fábrica. (III) Modelo de fábrica. (IV) Potencia, alcance, distintivos del equipo. (V) Consignar accesorios importantes del equipo que cumplan una función específica. (VI) Número de serie. (VII) Consignar con una X donde corresponda, si el equipo es de propiedad individual o institucional. (VIII) Detallar los códigos de las prácticas nombradas o realizar. En el caso de que las prácticas NO estén nombradas especificar el nombre de las mismas.

DENOMINACION (I)			
MARCA		MODELO(II)	
CARACTERISTICAS (III)			
ACCESORIOS (IV)			
N° SERIE		PROPIEDAD (VIII) complete con una X	INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/>
AÑO DE FABRICACION		N° DE COMPROBANTE DE COMPRA	FECHA DE REACONDICIONAMIENTO
CODIGOS DE PRACTICAS A REALIZAR(V)	Código 1:	Código 3:	Código 5:
	Código 2:	Código 4:	Código 6:

Dejamos expresa constancia que la declaración de aparatología, así como también la de prácticas que Ud. realice no implica la aceptación de su realización. La misma estará limitada a los convenios oportunamente concertados entre la Asociación y las obras sociales y prepagos. Todas las demás dependerán de trámites de excepción realizados en esas Entidades. Los valores a abonar son los establecimientos en los convenios, independientemente de los que establezcan las Entidades Científicas o Colegios Médicos.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Declaro bajo juramento poseer los aparatos y equipos que se detallan, al solo efecto de estar facultado a la presentación de facturación de prácticas médicas en el rubro honorarios y gastos, conforme a las normas jurídicas vigentes. Autorizo asimismo a la Entidad primaria a la que declaro pertenecer y/o a la Federación Médica del Conurbano Bonaerense, (FEMECON), a la verificación en los domicilios declarados, de la exactitud de los datos consignados.

FECHA DE RECEPCION

FIRMA

ACLARACION Y SELLO

AUDITORIA

SE APRUEBA APARATOLOGIA

NO SI

FIRMA Y ACLARACION

FECHA

SELLO
PAPAEI ESCANEADO FECHA

DECLARACION DE APARATOLOGIA



ASOCIACION DE MEDICOS
DE GRAL. SAN MARTIN Y 3 DE FEBRERO

CONSULTORIO CORRESPONDIENTE A LA APARATOLOGÍA DECLARADA

COLOQUE EL N° SEGÚN CORRESPONDA

TIPO DE CONSULTORIO

1. CONSULTORIO PARTICULAR// 2. POLICONULTORIO// 3. CLINICA

DENOMINACIÓN DE LA CLÍNICA/ POLICONULTORIO:

DIRECCION

Calle:									
N°		Piso		Dpto:					
Localidad:					CP:				
Teléfonos									

DECLARE EL DIGITO QUE UD. UTILIZA PARA LA FACTURACION CORRESPONDIENTE A ESTE CONSULTORIO

<u>0:</u>	<u>1:</u>	<u>2:</u>	<u>3:</u>	<u>4:</u>	<u>5:</u>	<u>6:</u>	<u>7:</u>	<u>8:</u>	<u>9:</u>
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

USO INTERNO

FECHA DE RECEPCION

FECHA DE ALTA RECONOCIDA

SELLO
PAPAEI ESCANEADO FECHA

SELLO
PASADP PC FECHA

OBSERVACIONES