

PLANILLA DE ATENCIÓN: CONSULTAS EN CONSULTORIO



Apell. y Nom. Prestador : _____

Matrícula: _____ Especialidad: _____

C.U.I.T. Prestador:

	H									H
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

N°	Fecha	Apellido y Nombre	C.U.I.L.	Cod. Consultas	Id consumo Cód. autorización	Diagnóstico/CIE10	Coseguro	Firma Afiliado
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Observaciones: _____

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO PRESTADOR	PERIODO DE LIQUIDACIÓN (MM/AA)	N° PLANILLA DE PRELIQUIDACIÓN	SELLO Y FIRMA RESPONSABLE DE FACTURACIÓN
---------------	---------------------	-----------------	--------------------------------	-------------------------------	--