

PLANILLA DE FACTURACIÓN: PRÁCTICAS EN CONSULTORIO

Detalle de Prestaciones - Prácticas



N° de PRESTADOR: _____ RAZÓN SOCIAL: _____ C.U.I.T.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MATRÍCULA: _____ ESPECIALIDAD: _____

Fecha	Plan	Nombre y Apellido	C.U.I.L.	Cód. Práctica	N° Autorización	Mat. Prescriptor	Coseguro	Firma Afiliado

Observaciones: _____

LUGAR Y FECHA	PERÍODO DE LIQUIDACIÓN (MM/AA)	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADJUNTA FACTURA N°	SELLO Y FIRMA RECEPCIÓN
---------------	--------------------------------	---------------------	-------	-----------------------	-------------------------