PRENSA
OBRA SOCIAL

PRENSA
ACCESO DIRECTO

DATOS DEL PRESTADOR
CUIT:
NOMBREYAPELLIDO:
MP:

FECHA DE ATENCION	Nº DE AUTORIZAC.	Nº AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	DNI	COD. N. N.	DIAGNOSTICO	FIRMA Y ACLARACION

Observaciones:……

.....
FIRMA Y SELLO