

PLANILLA DE ATENCIÓN CONSULTAS AMBULATORIAS ON-LINE



Apellido y Nombre del Prestador: _____ Especialidad: _____

Matrícula: _____ C.U.I.T Prestador: ____-____-____ N° Socio de Colegio Médico: ____ / ____

	Fecha	Ap. y Nom. Del Afiliado	N° Afiliado	Plan	N° de Autorización	Diagnóstico / CIE10	DNI / CUIT	Firma del Afiliado
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Observaciones: _____

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO DEL PRESTADOR	PERÍODO DE LIQUIDACIÓN (MES/AÑO)	N° PLANILLA DE PRE-LIQUIDACIÓN (*)	SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE FACTURACIÓN (*)
---------------	---------------------	---------------------	----------------------------------	------------------------------------	--

(*) Datos a completar por Colegio Médico