

# PLANILLA DE ATENCIÓN PRÁCTICAS AMBULATORIAS



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	Código de Práctica	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