PLANILLA DE ATENCIÓN: ORDENES DE CONSULTA EN CONSULTORIO (420101)

SUBSIDIO DE SALUD

Ape. y Nom. Prestador : _____

Matrícula: _____ **Especialidad:** _____ **C.U.I.T. Prestador:** | | | — | | | | | | | | | — | |

Nº	Fecha	Apellido y Nombre	C.U.I.L.	Id consumo Cód. Autorización	Diagnóstico/CIE10	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	PERÍODO DE LIQUIDACIÓN (MM/AA)	QUINCENA	N.º PLANILLA DE PRELIQUIDACIÓN (*)	SELLO Y FIRMA RESPONSABLE DE FACTURACIÓN (*)

(*) Datos a completar por Colegio Médico