

| |
|--|
| PLANILLA DE ATENCIÓN CONSULTAS ONLINE |
|--|

Apellido y Nom. Prestador : _____

Matrícula: _____ Especialidad: _____

C.U.I.T. Prestador:

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | - | | | | | | | | | - | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| N° | 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 | N° PLANILLA DE PRELIQUIDACIÓN(*) | SELLO Y FIRMA RESPONSABLE DE FACTURACIÓN(*) |
| | | | | |

(*) Datos a completar por Colegio Médico