PLANILLA DE ATENCIÓN CONSULTAS

OSMITA
PROMOVIENDO SALUD

Detalle de Prestaciones
Consultas

Nº de PRESTADOR:	NOMBRE:	CUIT:
MATRÍCULA:	ESPECIALIDAD:	

Fecha	Plan	Nº Autorización	Apellido y Nombre del Asociado	Nº de Documento	Código de Prestación	Diagnóstico	Firma Asociado

Observaciones:

FIRMA Y SELLO