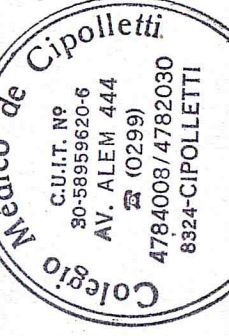


0800-333-8723



Planilla de Atención y Liquidación de Prestaciones Médicas

N°

DATOS DEL PRESTADOR

CODIGO: _____ APELLIDO Y NOMBRE: _____ ESPECIALIDAD: _____

RAZON SOCIAL: _____

FECHA

MES: _____ AÑO: _____

LUGAR DE LA PRESTACION

LOCALIDAD O CIUDAD: _____

TIPO DE ASOCIADO

VOL OBL FACTURACION REFRACTURACION

LOTEN°

ESPACIO RESERVADO PARA MEDIFE

N° DIA	ASOCIADO		PLAN	DIAGNOSTICO DETALLE	PRACTICA CODIGO	VALOR A LIQUIDAR	FIRMA DEL ASOCIADO	
	APELLIDO Y NOMBRE	N° DE ASOCIADO						
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
TOTAL								

Verificar sticker al día en el dorso de la credencial y documento que acredite identidad. La información incluida tiene valor de Declaración Jurada.

NO SE ATIENDE PLAN C.L.-AMN

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

RESERVADO PARA MEDIFE