



CODIGO DE PRESTADOR: _____ MES: _____ AÑO: _____

CONSULTORIOS únicamente

Fecha	Apellido y Nombre	N° de Afiliado	DNI	Plan PYME	Edad	Diagnóstico	Firma Afiliado	
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10
								11

Estimado Dr./Dra.: Recuerde que los pedidos médicos de prácticas y medicamentos deben de estar confeccionados en bonos de prácticas. Los bonos para su identificación tienen el logo de Plan de Salud PYME. Consulte a su secretaria/o si no lo tiene a su disposición

***Clínico y Pediatras* : para la derivaciones al médico Especialistas (Cirujano, Traumatólogo, Urólogo, Dermatólogo, Neumólogo, etc). Debe de entregarle al afiliado la Chequera de Referencia Completa.**

Firma y Sello Profesional