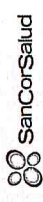


0810-444-72583



PLANILLA PARA FACTURAR PRESTACIONES QUE NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

PRODUCTO: GRAV (Gravado)

CONSULTAS

N° de PRESTADOR:		RAZÓN SOCIAL:		CUIT:				
MATRÍCULA:		ESPECIALIDAD:						
FECHA	N° ASOCIADO	PLAN	APELLIDO Y NOMBRE	CÓDIGO DE LA PRÁCTICA	IMPORTE	DIAGNÓSTICO	FIRMA ASOCIADO	DNI
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

SE ADJUNTA FACTURA N°

PERIODO DE LIQUIDACIÓN (MM/AA) MODALIDAD: NORMAL REFACTURACIÓN

SELLO Y FIRMA RECEPCIÓN

LUGAR Y FECHA: FIRMA DEL PRESTADOR SELLO

