

0810-444-72583



PLANILLA PARA FACTURAR PRESTACIONES QUE NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

PRODUCTO: NO GRAY (No Gravado)
 PRACTICAS

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

SR. PRESTADOR: RECUERDE ADJUNTAR LAS RECETAS DE LOS MEDICOS SOLICITANTES (SIN AUTORIZACIÓN PREVIA) Y LOS FORMULARIOS 4 (AUTORIZACIÓN PREVIA)

PERIODO DE LIQUIDACIÓN (MM/AAA)	MODALIDAD : NORMAL REFACTURACIÓN
LUGAR Y FECHA:	SELO Y FIRMA RECEPCIÓN
FIRMA DEL PRESTADOR	SELO
SE ADJUNTA FACTURA N°	

