PLANILLA DE FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES

Detalle de Prestaciones - Consultas / Prácticas

SUBSIDIO DE SALUD

Nº de PRESTADOR: _____ **RAZÓN SOCIAL:** _____ **C.U.I.T.:** __ - _____ - __

MATRÍCULA: _____ **ESPECIALIDAD:** _____

Fecha	Plan	Nombre y Apellido	C.U.I.L.	Cód.Práctica.	Nº Autorización.	Diagnóstico	Importe	Firma Afiliado

Observaciones:

LUGAR Y FECHA	PERÍODO DE LIQUIDACIÓN (MM/AA)	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADJUNTA FACTURA Nº	SELLO Y FIRMA RECEPCIÓN