PLANILLA DE ATENCIÓN / FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES QUE NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Detalle de Prestaciones / Consultas / Prácticas

Bramed
Medicina Privada

N° de PRESTADOR: RAZÓN SOCIAL: CUIT:

MATRÍCULA: ESPECIALIDAD:

PRODUCTO: NO GRAV (no gravado)

MODALIDAD NORMAL ○ REFACTURACIÓN ○

Fecha	Plan	N° Asociado	Apellido y Nombre	N° de Documento	Código Prestación	Firma Asociado	Nombre Prescriptor	Importe

OBSERVACIONES:.....

.....

LUGAR Y FECHA	PERÍODO DE LIQUIDACIÓN (MÁXIMA)	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADJUNTA FACTURA N°	SELLO Y FIRMA RECEPCIÓN

LAS HERAS 326 / Tel.: 0381 - 4227626 / CP 4000 Tucumán / www.bramedsalud.com
CASA CENTRAL: AV. MANUEL ESTRADA 272,L1 / CP 5000 CÓRDOBA