

PLANILLA DE ATENCION AMBULATORIA

PROFESIONAL: CÓDIGO: _____ NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____

CONSULTAS / PRACTICAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE _____ PLANES: _____

FECHA	NUMERO DE BENEFICIARIO	APELLIDO Y NOMBRE	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DIAGNÓSTICO	FIRMA	COSEGURO COBRADO	IMPORTE CON DESCUENTO DE COSEGURO	OBSERVACIONES
TRANSPORTE / TOTAL								

_____ FIRMA Y SELLO RESPONSABLE PRESTADOR

COMPLETAR POR DUPLICADO. FACTURAR CON ORIGINAL. COPIA PARA EL PRESTADOR
 LOS PLANES INTEGRAL E INTEGRAL ADHERENTE, DEBERAN FACTURARSE EN PLANILLAS
 SEPARADAS. DE CONTAR CON CONVENIO PARA LA ATENCIÓN DE BENEFICIARIOS DE OTROS
 PLANES (BASICO-SALUD-ESPECIAL), ESTOS PODRAN SER FACTURADOS EN UN MISMO
 FORMULARIO