OSMECON
SALUD

CIRCULO MEDICO DE
ESTEBAN ECHEVERRIA

TODOS LOS PLANES

Nº DE HOJA

MES DE PRESTACIÓN:

APELLIDO Y NOMBRE:

ESPECIALIDAD C/ARANCEL: MATRICULA Nº

DIA	HORA	Nº AFILIADO	PLAN	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CODIGO PRESTACION	DIAGNOSTICO	FIRMA CONFORME AFILIADO Y NRO. DE DOCUMENTO
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						

IMPORTANTE: Rogamos llenar esta planilla con letra imprenta legible, de lo contrario los datos no podrán ser procesados.

RECORDAMOS QUE PARA FACTURAR MAS DE 3 (TRES) CONSULTAS SE DEBE ADJUNTAR HISTORIA CLINICA.

REQUISITOS PARA LA ATENCION DEL PACIENTE:
* CREDENCIAL Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD
* CUPON DE PAGO (VALIDO HASTA EL DIA 25 DEL MES SIGUIENTE)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE