

APELLIDO Y NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD C/ ARANCEL: _____

MATRICULA Nº DE CUENTA: _____

DIA	HORA	Nº AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE	DIAGNOSTICO	CONS.	DOM.	Nº de TRANSACCION	FIRMA CONFORME AFILIADO Y Nº DOCUMENTO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE

2019
MES AÑO

IMPORTANTE

- Rogamos llenar esta planilla con letra legible de lo contrario los datos no podrán ser procesados.
- Recordamos que para facturar más de 3 (tres).
- Consultas se debe adjuntar Historia Clínica.