

Federación Médica del Conurbano Bonaerense

FEMECON

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Entidad
Médica

Obra Social

Afiliado

Familiar

Nº de Carnet

Apellido y Nombres

Domicilio

Localidad

Código

Diagnóstico Clínico

Código

Práctica u Operación que se Factura

Código

Lugar donde se efectuó

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Día

Mes

Año

Hora

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Día

Mes

Año

Hora

Reservado para Auditoría Médica
Número de bono control u orden que
indicó la intervención quirúrgica

Arancel

		\$
Operador	Matrícula	
		\$
Ayudante 1º	Matrícula	
		\$
Ayudante 2º	Matrícula	
		\$
Anestesista	Matrícula	
		\$
Anatomo Patólogo	Matrícula	
		\$
Hemoterapeuta	Matrícula	
		\$
Control Clínico	Matrícula	
		\$
Otros	Matrícula	

Total Facturado \$ _____

Abonado por Afiliado.....% \$ _____

A Abonar por la Obra Social% \$ _____

Conforme Afiliado o Familiar

Sello Clínica o Sanatorio