

OBRA SOCIAL:

PRESTADOR:

ESPECIALIDAD:

MES DE PRESTACION:



PLANILLA DE CONSULTAS Y PRACTICAS

FECHA	APELLIDO Y NOMBRE	Nº BENEFICIARIO	D.N.I.	DIAGNOSTICO	CONSULTA / PRACTICA	CONFORMIDAD PACIENTE	COSEG	TOTAL A CARGO SCIS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
TOTAL								

Entregar la planilla completa con Nº claros y en tetra imprenta
Aclarar PMI (PMI)
Aclarar DISCAPACIDAD (DD)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL