



HOJA:		
DESDE	HASTA	AÑO
/	/	/

# INFORME DE PRESTACIONES

PRESTADOR \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

Nº PRESTADOR \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TRANSPORTE \_\_\_\_\_

DIA	Nº AFILIADO	PLAN	APELLIDO Y NOMBRE	CODIGO N.N.	FIRMA	DIAGNOSTICO	IMPORTE

**TOTAL / TRANSPORTE** \_\_\_\_\_

AUDITORIA MEDICA	CONTROL INTERNO	FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR