PLANILLA DE CONSULTAS Y PRACTICAS AMBULATORIAS

GALENO

Dr.: .....

Especialidad: .....

N° de Matrícula: .....

N° de CUIT: .....

N° de Prestador: .....

Mes de Prestación: .....

Prestaciones correspondientes a: (Indicar con una cruz lo que corresponda)	
☐ GALENO ORO / PLATA ☐ GALENO AZUL / BLANCO	☐ CAPITAL FEDERAL ☐ INTERIOR ☐ PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Día	Asociado		Código de Prestación	Consultorio	Domicilio	Sanatorio	Asist. Dom.	Urgencia	Urg. Nocturna	Diagnóstico		Código de Autorización	Matrícula del Profesional Solicitante	Copago (en $)	Firma del Asociado
	N°	Apellido y Nombre								Cod Dx	Detalle				

AMPLAB62

Firma del Profesional

Hoja ..... de .....