

PLANILLA DE ATENCION AMBULATORIA

PROFESIONAL: CÓDIGO: _____ NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____

CONSTULTAS / PRACTICAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE _____ PLANES: _____

[illegible]

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE PRESTADOR

COMPLETAR POR DUPLICADO. FACTURAR CON ORIGINAL, COPIA PARA EL PRESTADOR
LOS PLANES INTEGRAL E INTEGRAL ADHERENTE, DEBERAN FACTURARSE EN PLANILLAS
SEPARADAS. DE CONTAR CON CONVENIO PARA LA ATENCIÓN DE BENEFICIARIOS DE OTROS
PLANES (BASICO-SALUD-ESPECIAL), ESTOS PODRAN SER FACTURADOS EN UN MISMO
FORMULARIO