

# PLANILLA DE FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES

## Detalle de Prestaciones - Consultas / Prácticas



Nº de PRESTADOR: \_\_\_\_\_ RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ C.U.I.T.: [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

Fecha	Plan	Nombre y Apellido	C.U.I.L.	Cód.Práctica.	Nº Autorización.	Diagnóstico	Importe	Firma Afiliado

Observaciones: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA	PERÍODO DE LIQUIDACIÓN (MM/AA)	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADJUNTA FACTURA Nº	SELLO Y FIRMA RECEPCIÓN
---------------	--------------------------------	---------------------	-------	-----------------------	-------------------------