



OSFEDECAMARAS  
CUIDA TU SALUD

PLANILLA DE CONSULTAS  
Y  
PRÁCTICAS MÉDICAS

Revisión N°:	01
Mes:	
Año:	

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL:					ESPECIALIDAD:					
					TELÉFONO DEL CONSULTORIO:					
N° DE ORDEN	FECHA	APELLIDO Y NOMBRE	N° DE AFILIADO O DNI	N° DE TALÓN	DETALLE DE LA PRESTACIÓN O CODIGO NN	N° DE AUT(*)	IMPORTE UNITARIO	COSEGURO (-)	FIRMA DEL SOCIO	IMPORTE TOTAL
							\$	\$		\$
							\$	\$		\$
							\$	\$		\$
							\$	\$		\$
							\$	\$		\$
							\$	\$		\$
							\$	\$		\$
							\$	\$		\$
									IMPORTE TOTAL DE HOJA ... DE ....	\$

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL: .....

(\*) NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN: Ecografías, Mamografías (a excepción de las digitales), Pap- Colposcopia, Radiología con y sin contraste (a excepción de las digitales), Interconsultas Clínica Médica, Pediatría, Ginecología, Oftalmología, Odontología.