PLANILLA DE ATENCIÓN / FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES QUE NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Detalle de Prestaciones

Consultas / Prácticas

SanCorSalud

PRODUCTO: GRAV (Gravado)

Nº de PRESTADOR:	RAZÓN SOCIAL:	CUIT:
MATRÍCULA:	ESPECIALIDAD:	

MODALIDAD: NORMAL ☐ REFACTURACIÓN ☐

Fecha	Plan	Nº de Asociado	Apellido y Nombre del Asociado	Nº de Documento	Código de Prestación	Nº de Transacción	Firma Asociado	Nombre Prescriptor	Importe

Observaciones: _____

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

Av. Independencia 206 | Tel. 0800-7777-72583 | Sunchales | **www.sancorsalud.com.ar** | **info@sancorsalud.com.ar**