

PLANILLAS DE CONSULTAS – OBRA SOCIAL MOSAISTAS / RED DE SEGUROS



Red
DE SEGURO MEDICO S.R.L.

Nº SOCIO CMT: _____ | M.P: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____



Red
DE SEGURO MEDICO S.R.L.

Nº	FECHA DE ATENCIÓN	CUIL AFILIADO	NOMBRE Y APELLIDO	Nº AUTORIZ.	DIAGNOSTICO	FIRMA Y ACLARACION
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO PRESTADOR:

