

PLANILLAS DE CONSULTAS – OBRA SOCIAL PRENSA – TODOS LOS PLANES



Nº SOCIO CMT: \_\_\_\_\_ | M.P: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

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

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO PRESTADOR:

