OSDIPP

INFORME DE PRESTACIONES

HOJA:		
DESDE	HASTA	AÑO
/	/	/

PRESTADOR _____ CUIT _____ ESPECIALIDAD _____

Nº PRESTADOR _____ DIRECCION _____ TRANSPORTE

DIA	Nº AFILIADO	PLAN	APELLIDO Y NOMBRE	CODIGO N.N.	FIRMA	DIAGNOSTICO	IMPORTE

TOTAL / TRANSPORTE

AUDITORIA MEDICA	CONTROL INTERNO	FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR