PLANILLA DE CONSULTAS Y PRACTICAS AMBULATORIAS

Dr: .....
Especialidad.....
Nº de Matricula.....
Nº de CUIT.....
Nº de Prestador.....
Mes de Prestación.....

Prestaciones correspondientes a: (Indicar con una cruz lo que corresponda)	
☐ GALENO ORO/PLATA ☐ GALENO AZUL/BLANCO	☐ CAPITAL FEDERAL ☐ INTERIOR ☐ PROVINCIA DE BUENOS AIRES

GALENO

Día	Asociado		Código de prestación	Diagnóstico	Código de Autorización	Copago (en $)	Firma del Asociado
	Nº	Apellido y Nombre		Detalle			

Firma del Profesional

Hoja ..... de .....