OSDE

FEMECON

CIRCULO MEDICO DE MATANZA

Resumen de consultas en consultorio

HOJA: /

MES	AÑO

Prestador: _____ **Código prestador:** _____ **Especialidad:** _____

Transporte

Día	Nº Afiliado	Plan	Apellido y Nombre	Diagnóstico	Firma Afiliado	Importe

TRAMITE Nº VENCIMIENTO: / /

TOTAL / TRANSPORTE

CONTROLO	PROCESO	FIRMA Y SELLO DE OSDE	FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR	OBSERVACIONES:

AV. DE MAYO 743 - B1704BUH - RAMOS MEJIA - PROVINCIA DE BUENOS AIRES - TEL.: 4469-6600 - FAX INT. 100 - e-mail: info@cirmedmatanza.com.ar