Generarsalud

PLANILLA DE ASISTENCIA DE REHABILITACION

D-08

NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR _____PERIODO FACTURADO _____

CUIL_____ESPECIALIDAD _____TEL_____MAIL: _____

AFILIADO: _____Nº _____ TIPO DE ATENCION: EN CONSUL_____ DOMIC_____ ON-LINE_____

FECHA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PADRE/MADRE / TUTOR	IMPORTE

_____

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR