GALENO

PLANILLA DE CONSULTAS Y PRÁCTICAS

Nombre y Apellido: .....

Especialidad: .....

Nº de Matrícula: ..... Nº de CUIT: .....

Nº de Prestador: ..... Mes de Prestación: .....

Prestaciones corespondientes a:
(Indicar con una cruz lo que corresponda)

- ☐ GALENO ORO
- ☐ GALENO PLATA
- ☐ GALENO AZUL
- ☐ GALENO BLANCO

- ☐ CAPITAL FEDERAL
- ☐ INTERIOR
- ☐ PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Fecha	Asociado		Código de Prestación	Consultorio	Domicilio	Sanatorio	Asist. Dom.	Urgencia	Urg.Nocturna	Diagnóstico		Código de Autorización	Matrícula del Profesional Solicitante	Copago (en $)	Firma del Asociado
	Nº	Apellido y Nombre								Cod Dx	Detalle				

F0020

.....
Firma y Sello del Profesional

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