SamiSalud
Nuestros médicos, nuestra gente.
TODOS LOS PLANES

PRÁCTICAS
PLANILLA UNIFICADA

MES DE PRESTACIÓN:

APELLIDO Y NOMBRE:

ESPECIALIDAD: MATRÍCULA N°:

HOJA N°

DÍA	HORA	N° AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO	MATRÍCULA DEL PROFESIONAL	CÓDIGO DE LA PRÁCTICA	FIRMA CONFORME N° DE DOCUMENTO	TELÉFONO

SamiSalud

Sólo las que NO requieran autorización previa.
Requisitos para la atención del paciente:
- Credencial y Documento de Identidad.
- Cupón de Pago (Válido hasta el día 15 del mes siguiente).

IMPORTANTE: Rogamos llenar esta planilla con letra de imprenta legible, de lo contrario los datos no serán procesados.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN

Scanned with CamScanner