



**BRISTOL
MEDICINE**
Medicina por Médicos

REGISTRO DE CONSULTAS EFECTUADAS EN CONSULTORIO

Dr./Dra.:

Nº DE HOJA: -----

Nº MATRICULA

MES DE PRESTACION

MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TODOS LOS PLANES

ORD.	D/A	HORA	NUMERO DE AFILIADO	CODIGO DE COBERTURA (PLAN)	APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE ASISTIDO	DIAGNOSTICO	INDICACIONES				FIRMA DEL AFILIADO	Nº DE AUTORIZACION ONLINE	
							PRAC.	RX	LAB.	FARM.			
1		:	004 -										
2		:	004 -										
3		:	004 -										
4		:	004 -										
5		:	004 -										
6		:	004 -										
7		:	004 -										
8		:	004 -										
9		:	004 -										
10		:	004 -										

PAC.: PRACTICA
RX: DIAG. POR IMAGENES
LAB.: LABORATORIO
FARM.: FARMACIA

MARCAR CON X LO QUE CORRESPONDA

CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE FEMBA SALUD AVELLANEDA: 0800-222-3363 PAG.WEB: WWW.BRISTOLMEDICINE.COM.AR

IMPORTANTE

Rogamos llenar esta planilla con letra de imprenta legible, de lo contrario los datos no podrán ser procesados.

La presente planilla tiene carácter de DECLARACION JURADA

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE



**BRISTOL
MEDICINE**
Medicina por Médicos

REGISTRO DE PRACTICAS MEDICAS AMBULATORIAS

Dr./Dra.:

Nº DE HOJA: -----

TODOS LOS PLANES

Nº MATRICULA

MES DE PRESTACION

MES	AÑO

ORD.	DIA	HORA	NUMERO DE AFILIADO	CODIGO DE COBERTURA (PLAN)	APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE ASISTIDO	CANT.	CODIGOS DE PRESTACION	HON.(*) Y GASTOS	DIAGNOSTICO	MATRIC. MEDICO SOLICITANTE	FIRMA DEL AFILIADO	Nº DE AUTORIZACION ONLINE
1		:	004-									
2		:	004-									
3		:	004-									
4		:	004-									
5		:	004-									
6		:	004-									
7		:	004-									
8		:	004-									
9		:	004-									
10		:	004-									

IMPORTANTE

Rogamos llenar esta planilla con letra de imprenta legible, de lo contrario los datos no podrán ser procesados.

La presente planilla tiene carácter de DECLARACION JURADA
(*) Indicar con una (X) si factura Honorarios y Gastos

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE