conexia

Planilla de transacciones médicas*

MES:

CIRCULO MEDICO:

Versión 1.0.0

Datos del afiliado y prestación médica						
Nº de autorización	**Día**	**Nombre y apellido**	**Número de afiliado**	**Tipo y número de documento**	**Prestación médica**	**Firma del afiliado**

Firma y sello médico

*** Esta planilla es valida solamente con la conformidad del afiliado y en caso de tener el sistema Conexia el número de autorización validando la práctica.**