



PLANILLA DE ATENCION Y LIQUIDACION
DE PRESTACIONES MEDICAS

LOTE: _____

Espacio reservado para MEDIFE

DATOS DEL PRESTADOR		
M.P	NOMBRE Y APELLIDO	ESPECIALIDAD

FECHA	
MES	AÑO

No utilizar la misma planilla
para meses diferentes

ASOCIADOS:	
(OBLIGATORIOS O VOLUNTARIOS) Una condición por planilla	

Nº	FECHA		Nº AUTORIZACION	Nº DE SOCIO	NOMBRE Y APELLIDO	PLAN	PRESTACION	EDAD	DIAGNOSTICO	FIRMA DEL AFILIADO
	DD	MM								
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										

Sello y Firma del profesional

Reservado MEDIFE