COBER | MEDICINA PRIVADA

cmsalud OSMECON SALUD

Planilla de liquidación Prestadores de Cober Medicina Privada.

Mes de prestación:

Fecha de prestación:

Profesional: _____

Especialidad: _____

Fecha	Paciente (Nombre y Apellido)	N° de Socio	Plan	Prestación Código N.N.	Diagnóstico	Importe a Liquidar *Neto del Coseguro*	Socio *Firma*	*Aclaración*	*Tipo y N° de Doc.*
Total de Pacientes atendidos por planilla:					**Total a Liquidar:**				
Total de Consultas por planilla:									

_____

Sello y Firma del Profesional