

LIQUIDACIÓN MENSUAL DE PRESTACIONES

La siguiente planilla también es aplicable para:

PRESENTACIONES

N° Expte.: _____

- Se realizará del 1° al 10° día hábil de cada mes
- Horario: Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 hs.
- Sedes: Administración Central de Cobermed, Av. Federico Lacroze 3225- C.A.B.A., o en las dependencias habilitadas.

Datos del Prestador

Nombre y Apellido: _____ N° de Matrícula: _____

Tipo y N° de Documento: _____ Teléfono: _____

Especialidad: _____

Liquidación

Mes y Año de Prestación: ____ / ____

Cobertura	N° de Socio	Apellido y Nombre	Plan	Total de sesiones	Total Coseguros	Importe a Liquidar
Total de Pacientes atendidos:			Cant. de sesiones:		\$	\$

Recibido el: ____ / ____ / ____