



Planilla de Liquidación



Prestadores Cober Med

Profesional _____

Mes de Prestación ____ / ____

Fecha de Presentación ____ / ____ / ____

Especialidad _____

Fecha	Paciente (Nombre y Apellido)	Nº de Socio	Plan	Prestación-Codigo N.N.	Diagnóstico	Entregó Bono	Coseguro (\$)	Importe a Liquidar (neto del Coseguro)	Socio		
									Firma	Aclaración	Tipo y Nº de Doc.
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					
						SI / NO					

Total de Pacientes atendidos por planilla

Total a Liquidar

Total de Consultas por planilla

Firma y Sello del Profesional