OSDE

RESUMEN DE PRÁCTICAS ESPECIALIZADAS

HOJA: /

MES	AÑO

Prestador: _____ **Código prestador:** _____ **Especialidad:** _____

Transporte

Día	N° Afiliado	Plan	Apellido y Nombre	Diagnóstico	Práctica / Código	Firma afiliado	Autorización N°	Importe

TRÁMITE N° **VENCIMIENTO: / /** **TOTAL / TRANSPORTE**

CONTROLO	PROCESO	FIRMA Y SELLO DE OSDE	FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR	OBSERVACIONES:

F. 1000279 - 07/16 - 6002052346