

ASOCIACION MUTUAL " 20 DE OCTUBRE "
OBRAS SANITARIAS MENDOZA

Adherido a O.S.Fe.N.T.O.S



LUGAR DE EMISION	FECHA
------------------	-------

ORDEN DE PRACTICA

N° 0 [REDACTED]

PRESCRIPCION										HONORARIOS				
N° BENEFICIARIO		CAT	PRACTICA INDICADA							CANT	CODIGO		S.M.F.	
APELLIDO			X											
NOMBRES														
SEXO	N° ORDEN CONSULTA													
M	F													
EDAD			N° ORDEN INTERNACION		ESTABLECIMIENTO									
INTERNAD.		AMBULAT.												
DOMICILIO			INSTITUC.	CODIGO		CODIGO								
FIRMA BENEFICIARIO			FIRMA Y SELLO PROFES. SOLIT.				FIRMA Y SELLO EFECTOR							
FECHA			FECHA				FECHA		HORA					

ASOCIACION MUTUAL " 20 DE OCTUBRE "
OBRAS SANITARIAS MENDOZA

Adherido a O.S.Fe.N.T.O.S



ORDEN DE PRACTICA

N° [REDACTED]

GASTOS					N° BENEFICIARIO				
CANT	CODIGO		S.M.F.	N° BENEFICIARIO		CAT			
				X		APELLIDO			
			NOMBRES						
			INTERNAD.			AMBULAT.			
			DOMICILIO	INSTITUC.		N° ORDEN INTERNACION			
ESTABLECIMIENTO		CODIGO			FIRMA BENEFICIARIO				
		FIRMA Y SELLO			DOCUMENTO IDENTIDAD				
FECHA		HORA			FECHA				