

BRISTOL M. FICHA DE LIQUIDACION

Fecha:

Nombre del Prestador Titular:

Nro:

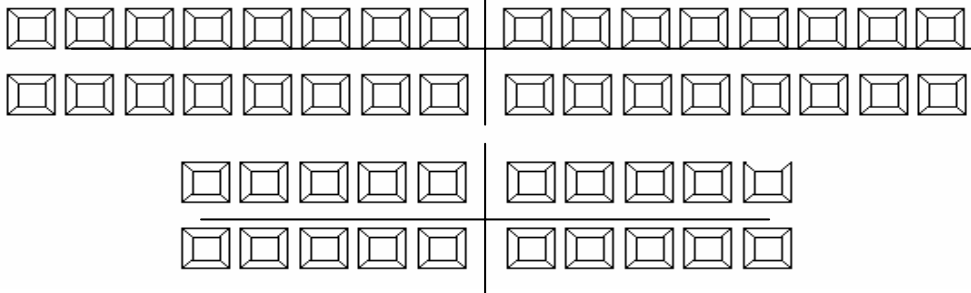
Profesional Actuante:

Nro:

Asociado Nro:

Plan:

Nombre y Apellido:.....Edad:.....Fecha de Nacimiento:.....
 Domicilio:.....Te:.....



Referencias

Color Rojo: Prestaciones Existentes
 Color Azul: Prestaciones Requeridas

x Diente Extraido

Protesis Fija
 Protesis Removibles
 Coronas

Cantidad de dientes existentes

Observaciones:

FECHA	CODIGO	PIEZA	CARA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PACIENTE	IMPORTE €
TOTAL \$						

13.01 – AUSENTE SIN AVISO
 13.02 – AUSENTE CON AVISO
 14.01 - ALTA

.....
 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL