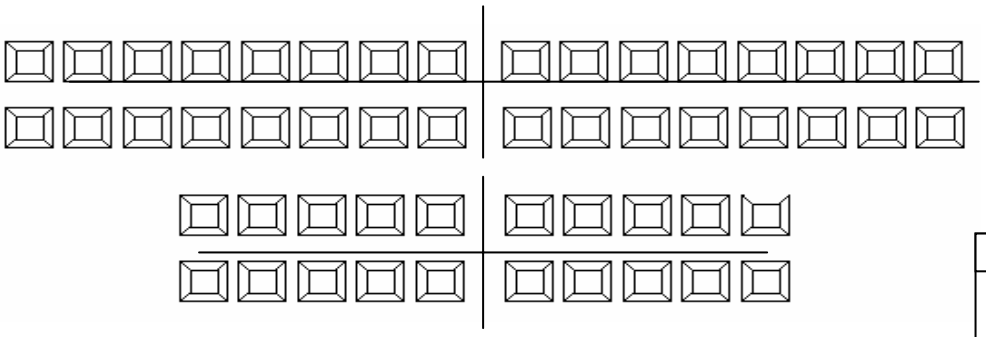
BRISTOL M. FICHA DE LIQUIDACION

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 Extraído

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