SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada

PLANILLA PARA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

Prestador:

Matrícula:

☐ **GRAV** ☐ **NO GRAV**

Fecha	Nº Autorización online	Formulario 4 / N° Formulario electrónico	Plan	Nº Asociado	Nº Documento	Apellido y Nombre Asociado	Firma Asociado	Código Prestación	Importe

Observaciones:

Lugar y fecha		Período de liquidación	Firma del Prestador	Sello	Nº de Factura	Sello y Firma Recepción

SCS-FR03001-R07