



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

# DETALLE PRESTACIONES

N°

Prestador	N°	Apellido y Nombre
-----------	----	-------------------

Mes / Año Prestación	
-------------------------	--

N°	Fecha	N° Afiliado	Apellido y Nombre	Edad	Consulta		Código Único de Validación Online *	Práctica / Cirugías	Diagnóstico	Firma del afiliado
					C°	Dom/Int				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

**NOTA:** los datos requeridos deberán completarse en su totalidad, y en el caso de prácticas o cirugías, deberá incluir el nombre de la misma. **IMPORTANTE:** los datos deben estar completos y las planillas firmadas.

Firma y Sello del profesional

\* Se genera con el sistema de validación online