



Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación

DETALLE PRESTACIONES

Nº

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

Prestador	Nº	Apellido y Nombre
-----------	----	-------------------

Nº	Nº Afiliado	APELLIDO y NOMBRE	Afiliación Nº	Terapia		Fecha Asistencia		Firma Afiliado	Observaciones
				Individual	Pareja- padres- familia	Día	Mes		
1									
2									
3									
4									

NOTA: los datos requeridos deberán completarse en su totalidad, la firma del afiliado deberá ser individual por sesión. Aquellas con datos incompletos y/o falta de firma motivará el débito de éstas.

Original Blanco - Duplicado Celeste

Reservado O.S.P.J.N.	Firma del profesional		Sello aclaratorio
	Auditoría médica Firma y sello	Control Facturación Firma y sello	

Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación

 \dot{z}

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

Prestador	Nº	Apellido y Nombre
-----------	----	-------------------

Nº	Nº Afiliado	APELLIDO y NOMBRE	Afiliación Nº	Terapia		Fecha Asistencia		Firma Afiliado	Observaciones
				Individual	Pareja- padres- familia	Día	Mes		
1									
2									
3									
4									

NOTA: los datos requeridos deberán completarse en su totalidad, la firma del afiliado deberá ser individual por sesión. Aquellas con datos incompletos y/o falta de firma motivará el débito de éstas.

Original Blanco - Duplicado Celeste

Auditoría médica	Reservado O.S.P.J.N.	Control
Firma y sello		Facturación Firma y sello

Firma del profesional

Sello aclaratorio