

**Modelo planilla de débito**

**Nombre Prepaga/ Obra Social/ART:**

**Fecha Actual:**

**Número de Factura:**

**Fecha de Facturación:**

<b>Profesional/M. P.</b>	<b>Prestación</b>	<b>Motivo del débito</b>	<b>Honorarios</b>	<b>Gastos</b>
	180110	Falta informe	\$300	\$200
	340301	Falta sello Médico	\$240	\$180
		Sub Total	\$540	\$380
			TOTAL \$ 920	