

DATOS DEL PRESTADOR		
CÓDIGO	APELLIDO Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL	ESPECIALIDAD

FECHA	
MES	AÑO

LUGAR DE LA PRESTACIÓN
LOCALIDAD O CIUDAD

**TIPO DE ASOCIADO**   
 VOL    
 OBL    
 FACTURACIÓN    
 REFACTURACIÓN

**LOTE N°** \_\_\_\_\_

ESPACIO RESERVADO PARA MEDIFÉ

N°	DÍA	ASOCIADO			DIAGNÓSTICO	PRÁCTICA	VALOR A LIQUIDAR	FIRMA DEL ASOCIADO
		APELLIDO Y NOMBRE	N° DE ASOCIADO	PLAN	DETALLE	CÓDIGO		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								

Verificar sticker al día en el dorso de la credencial y documento que acredite identidad.  
 La información incluida tiene valor de Declaración Jurada.

TOTAL

--