

DATOS DEL PRESTADOR	
CODIGO	APELLIDO Y NOMBRE / RAZON SOCIAL
ESPECIALIDAD	
FECHA MES	AÑO
LUGAR DE LA PRESTACION LOCALIDAD O CIUDAD	

TIPO DE ASOCIADO VOL OBL FACTURACION REFACTURACION

LOTE N°

ESPACIO RESERVADO PARA MEDIFE

N° DIA	ASOCIADO APELLIDO Y NOMBRE	N° DE ASOCIADO	PLAN	DIAGNOSTICO DETALLE	PRACTICA CODIGO	VALOR A LIQUIDAR	FIRMA DEL ASOCIADO
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
TOTAL							

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