

APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL					MES Y AÑO			
	DIA	NRO.AFILIADO	LETRA	NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO	FIRMA AFILIADO	DIAGNOSTICO	CÓDIGO Y/O NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	IMPORTE
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL