

PLANILLA MENSUAL DE CONSULTAS Y PRACTICAS

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

ICAK 215

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL