

# Práctica

Día	Mes	Año	Hora

Práctica Médica Realizada \_\_\_\_\_

Código Nomenclador \_\_\_\_\_

Lugar donde se realizó \_\_\_\_\_

Arancel Total:

Abonado por el Afiliado:

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

Abonar por la Obra Social:

Conforme afiliado y/o familiar

Sello y Matrícula

**Farmacia**  
Expendio de Medicamentos

**FECHA**

--	--	--

**VALIDO HASTA 3 MEDICAMENTOS**

Precio total

Abonado por el Afiliado

a abonar por la Obra Social

Troquel 1	Troquel 2
Troquel 3	Troquel 4
Troquel 5	
Troquel 6	
Troquel 7	

\_\_\_\_\_  
Nombre y sello de la farmacia

\_\_\_\_\_  
Conforme afiliado y/o familiar

# Recetario y Ordenes

Entidad Médica: CIRCULO MEDICO DE LA MATANZA

Nº de Carnet
-----------------

Día	Mes	Año

Obra Social: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Rp/

Federación Médica del Conurbano FE.ME.CON.  
PROHIBIDA SU REPRODUCCION TOTAL O PARCIAL

Diagnóstico presuntivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sello y Matrícula

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

Reservado para Auditoría Médica