

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: _____ C.U.I.T: _____

Convenio: _____

_____/_____
 MES Y AÑO PRESTACIONAL

 FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Plan:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Plan:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Plan:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Plan:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Plan:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Plan:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Plan:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Plan:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO

ESTIMADO PRESTADOR:

A) Recuerde que la presente Planilla debe ser remitida a la Administración de Jerárquicos, completa en todos sus campos, adjunta a la documentación anexa a la facturación.

B) El presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

C) Se reconocen hasta DOS (2) Consultas Médicas Mensuales por cada Socio, por Prestador. En caso de requerirse una mayor cantidad, a partir de la tercera consulta médica deberán fundamentarse con la correspondiente Historia Clínica, la cual deberá adjuntarse a la facturación presentada. Igual proceder, en caso de efectuarse DOS (2) Consultas Médicas por el mismo Prestador en el mismo día.