

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:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	
Apellido y Nombre:	Nº Socio:	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Diag.:	Plan:	

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.