

DATOS DEL PROFESIONAL			
Apellido y Nombre:		C.U.I.T:	Matrícula:
Convenio:		Mes y año prestacional:	
			FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR

DATOS DEL SOCIO			
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____
Apellido y Nombre:		N° Socio:	☐ GRAV. TOKEN:
Diag.:	Plan:	Fecha:	_____

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.