RESUMEN MENSUAL DE PRESTACIONES ODONTOLOGICAS

Apellido y Nombre del Profesional:..... Hoja Nº: .....

Código de prestador:..... Prestaciones del mes de: ..... Año: .....

Nº de Socio	Apellido y Nombres	Cant. Afil.	Cant. Prest. (*)	Cant. Prest. (**)	Importe

Totales					

Promedio (Cant. De prestaciones netas / Cant. de pacientes):.....

(*) Cantidad de prestaciones netas (sin considerar los códigos 01.01 y 09.01 que acompañen prestaciones exigibles).

(**) Cantidad de prestaciones (considerar solo los códigos 01.01 y 09.01 que acompañen prestaciones exigibles).

.....

Firma y Sello

ESTE DOCUMENTO NO REEMPLAZA FACTURA Y/O RECIBO OFICIAL

Bdo. De Irigoyen 540 (1072) Capital – casacentral@opdea.org.ar – Tel./Fax: 4338-2400 (rotativas)