

	Numero de Beneficiario	Plan	Apellido y Nombre	Fecha Prestación	Código Prestación	Diagnostico	Firma del Beneficiario	Observaciones	Importe
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									

OBSERVACIONES GENERALES:.....

.....
.....
.....

.....

Firma y Sello del Profesional

RENDICION MENSUAL DE PRESTACIONES (Instrucciones para su empleo)

- A) ESTA PLANILLA SERA UTILIZADA POR LOS PROFESIONALES PARA FACTURAR LAS PRESTACIONES REALIZADAS.
- B) EN CASO DE TRATAMIENTO POR SESIONES, SE PRESENTARA UNA PLANILLA POR PACIENTE. (Únicamente Capital Federal y Gran Buenos Aires).
- C) SE CONFECCIONARA EL ORIGINAL.
- D) LAS INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA CREDENCIAL AZUL/AMARILLA/PLATEADA/DORADA, SE ENCUENTRAN INSERTAS AL DORSO DE LA MISMA.