opdea

Resumen mensual de Prestaciones Odontológicas

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. (**)	Importe
Totales					

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

(*) Cantidad de prestaciones netas (sin considerar 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