

	Número de Beneficiario	Plan	Apellido y Nombre	Fecha Prestación	Código Prestación	Diagnóstico	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

Rendición mensual de Prestaciones (Instrucciones para su empleo)

A) Esta planilla será utilizada por los profesionales para facturar las prestaciones realizadas.

B) En caso de tratamiento por sesiones, presentará una planilla por paciente (Únicamente Capital Federal y Gran Buenos Aires).

C) Se confeccionará el original.