



**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido y Nombre:	C.U.I.T.:
Convenio:	
/	FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR
MES Y AÑO PRESTACIONAL	

**DATOS DEL SOCIO**

Apellido y Nombre:	Nº Socio:		
Diag.:	Plan:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	Nº Socio:		
Diag.:	Plan:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	Nº Socio:		
Diag.:	Plan:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	Nº Socio:		
Diag.:	Plan:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	Nº Socio:		
Diag.:	Plan:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	Nº Socio:		
Diag.:	Plan:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	Nº Socio:		
Diag.:	Plan:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	Nº Socio:		
Diag.:	Plan:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO

**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.