

**DATOS DEL PROFESIONAL**

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

**DATOS DEL SOCIO**

Apellido y Nombre:	N° Socio:			
Diag.:	Plan:	Fecha:	/	/
<b>FIRMA Y D.N.I. SOCIO</b>				
Apellido y Nombre:	N° Socio:			
Diag.:	Plan:	Fecha:	/	/
<b>FIRMA Y D.N.I. SOCIO</b>				
Apellido y Nombre:	N° Socio:			
Diag.:	Plan:	Fecha:	/	/
<b>FIRMA Y D.N.I. SOCIO</b>				
Apellido y Nombre:	N° Socio:			
Diag.:	Plan:	Fecha:	/	/
<b>FIRMA Y D.N.I. SOCIO</b>				
Apellido y Nombre:	N° Socio:			
Diag.:	Plan:	Fecha:	/	/
<b>FIRMA Y D.N.I. SOCIO</b>				
Apellido y Nombre:	N° Socio:			
Diag.:	Plan:	Fecha:	/	/
<b>FIRMA Y D.N.I. SOCIO</b>				
Apellido y Nombre:	N° Socio:			
Diag.:	Plan:	Fecha:	/	/
<b>FIRMA Y D.N.I. SOCIO</b>				
Apellido y Nombre:	N° Socio:			
Diag.:	Plan:	Fecha:	/	/
<b>FIRMA Y D.N.I. SOCIO</b>				

**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.