

	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.