

Kinesiología / Psicoterapia / Fonoaudiología / Foniatría / Nutrición

PROFESIONAL ACTUANTE _____ ESPECIALIDAD _____ CODIGO DE PRESTADOR _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL ASOCIADO _____ NUMERO DE ASOCIADO _____

TIPO DE ASOCIADO VOL OBL FACTURACION REFACTURACION LOTE N° _____

ESPACIO RESERVADO PARA MEDIFE

N°	DIA	MES	AÑO	PRESTACION	VALOR A LIQUIDAR	FIRMA DEL ASOCIADO
				CODIGO Y/O NOMBRE		
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
TOTAL						

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA PLANILLA

- | | |
|--------------------------------|--|
| PROFESIONAL ACTUANTE | Apellido y Nombre completos, sin abreviaturas. |
| ESPECIALIDAD | La que figura en nuestra cartilla. |
| CODIGO DE PRESTADOR | Si no es de su conocimiento solicítelo en Medifé. |
| APELLIDO Y NOMBRE DEL ASOCIADO | Completos sin abreviaturas (constatar con documento y sticker de pago al día). |
| NUMERO DE ASOCIADO | Completar correctamente los números de la credencial. |
| TIPO DE ASOCIADO | Dato a consignar por prestadores responsables inscriptos. |
| FACTURACION / REFACTURACION | Marcar con una cruz según corresponda. |
| N° DE LOTE | Campo reservado para Medifé. |
| DIA / MES / AÑO | Fecha en que se realizó la prestación. |
| CODIGO DE PRESTACION | Código del Nomenclador Nacional. |
| VALOR A LIQUIDAR | Completar con el importe pactado para la prestación. |
| FIRMA DEL ASOCIADO | Conforme del asociado. |
| LUGAR Y FECHA | De presentación a Medifé. |
| FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL | Firma y sello con matrícula legibles. |

OBSERVACIONES GENERALES
Adjuntar en cada caso la prescripción del Profesional que indicó el tratamiento en original, y autorización de Medifé.

EL NO CUMPLIMIENTO DE LAS PRESENTES INSTRUCCIONES Y OBSERVACIONES PODRA SER CAUSAL DE DEVOLUCION Y/O DEBITO PARCIAL O TOTAL. La información incluida tiene valor de Declaración Jurada.