

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/ 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
ESPECIALIDAD
CODIGO DE PRESTADOR
APELLIDO Y NOMBRE DEL ASOCIADO
NUMERO DE ASOCIADO
TIPO SE ASOCIADO
FACTURACION / REFACTURACION
N° DE LOTE
DIA / MES / AÑO
CODIGO DE PRESTACION
VALOR A LIQUIDAR
FIRMA DEL ASOCIADO
LUGAR Y FECHA
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre completos, sin abreviaturas.
La que figura en nuestra cartilla.
Si no es de conocimiento solicítelo en Medifé.
Completos sin abreviaturas (constatar con documento y sticker de pago al día)
Completar correctamente los números de la credencial.
Dato a consignar por prestadores responsables inscriptos.
Marcar con una cruz según corresponda.
Campo reservado para Medifé.
Fecha en que se realizó la prestación.
Código del Nomenclador Nacional.
Completar con el importe pactado para la prestación.
Conforme del asociado.
De presentación a Medifé.
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.