

Planilla de Asistencia a Tratamiento - 2025

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita



Razón Social del Prestador

Domicilio real donde se realiza la prestación

Dejo constancia que el Afiliado

Ha concurrido a Tratamiento de Durante el mes de 2025

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor	Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					Lunes				
Martes					Martes				
Miércoles					Miércoles				
Jueves					Jueves				
Viernes					Viernes				
Sábado					Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor	Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					Lunes				
Martes					Martes				
Miércoles					Miércoles				
Jueves					Jueves				
Viernes					Viernes				
Sábado					Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Firma y Sello del Director Institucional

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada Tratamiento que realice el Afiliado, y 1 (una) por cada mes.
 Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas.
 Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril) = 2 Planillas.