

Anexo IV Planilla facturación profesional



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**DETALLE PRESTACIONES**

Nº

Mes / Año Prestación	
-------------------------	--

Prestador	Nº	Apellido y Nombre
-----------	----	-------------------

Nº	Nº Afiliado	APELLIDO y NOMBRE	Afilación Nº	Terapia		Fecha Asistencia			Firma Afiliado	Observaciones
				Individual	Pareja- padres- familia	Día	Mes			
1										
2										
3										
4										

NOTA: los datos requeridos deberán completarse en su totalidad, la firma del afiliado deberá ser individual por sesión. Aquellas con datos incompletos y/o falta de firma motivará el débito de éstas.

Original Blanco - Duplicado Celeste

Auditoría médica Firma y sello	Reservado O.S.P.J.N. Control Facturación Firma y sello
-----------------------------------	--

Firma del profesional	Sello aclaratorio
-----------------------	-------------------

Anexo IV Planilla facturación profesional



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**DETALLE PRESTACIONES**

Nº

Mes / Año  
Prestación

Prestador Nº Apellido y Nombre

Nº	Nº Afiliado	APELLIDO y NOMBRE	Afilación Nº	Terapia		Fecha Asistencia		Firma Afiliado	Observaciones
				Individual	Pareja- padres- familia	Día	Mes		
1									
2									
3									
4									

NOTA: los datos requeridos deberán completarse en su totalidad, la firma del afiliado deberá ser individual por sesión. Aquellas con datos incompletos y/o falta de firma motivará el débito de éstas.

Firma del profesional

Sello aclaratorio

Reservado O.S.P.J.N.

Auditoría médica  
Firma y sello

Control Facturación  
Firma y sello