

DATOS DEL PRESTADOR		
CODIGO	APELLIDO Y NOMBRE / RAZON SOCIAL	ESPECIALIDAD

FECHA	
MES	AÑO

LUGAR DE LA PRESTACION
LOCALIDAD O CIUDAD
PROVINCIA

N°	DIA	ASOCIADO			DIAGNOSTICO	PRACTICA	COD. AUTORIZACION		COSEGURO	VALOR A LIQUIDAR	FIRMA
		APELLIDO Y NOMBRE	N° DE ASOCIADO	PLAN	DETALLE	CODIGO	SCIS	VALIDADOR			
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

Verificar documento que acredite identidad

La información incluida tiene valor de Declaración Jurada.

TOTAL

### DATOS DEL PRESTADOR

### INSTRUCCIONES

<b>Código de Prestador:</b>	Si no es de su conocimiento, solicítelo comunicándose con del departamento de Contrataciones de SCIS
<b>Apellido y Nombre / Razón Social:</b>	Completo y sin abreviaturas
<b>Especialidad:</b>	Con la que figura en nuestra cartilla
<b>Fecha:</b>	Mes y Año al que corresponden las prestaciones
<b>Lugar de prestación:</b>	Localidad o ciudad donde se realizaron las prestaciones
<b>Provincia:</b>	Provincia donde se realizaron las prestaciones
<b>Firma y Sello Profesional:</b>	Firma y sello con matrícula legibles

### DATOS DEL ASOCIADO Y PRESTACION

### INSTRUCCIONES

<b>Día:</b>	Día en que se realizó la prestación
<b>Apellido y Nombres:</b>	Datos completos sin abreviaturas. (Verificar con Documento de identidad presentado)
<b>Número de Asociado:</b>	Completar correctamente los números de la credencial
<b>Plan:</b>	Plan al cual pertenece el asociado. Se obtiene de la credencial.
<b>Diagnóstico:</b>	Incluir el diagnóstico presuntivo real o motivo de la práctica a realizar, si la hubiere, luego de la consulta.
<b>Código de Práctica:</b>	Código de nomenclador nacional (PMO) de la práctica que se realizó
<b>Código de Autorización SCIS:</b>	Para el caso de las autorizaciones previas, ingresar el número de código de la autorización emitida por SCIS Medicina Privada.
<b>Código de Autorización VALIDADOR:</b>	Para el caso de las autorizaciones online a través del servicio de validación, ingresar el número de código de autorización suministrado por el sistema.
<b>Coseguro:</b>	Importe de coseguro abonado por el asociado
<b>Valor a liquidar:</b>	Completar con el importe correspondiente para la prestación según contrato vigente.
<b>Firma del asociado:</b>	Conforme del asociado.

### Recuerde:

- A la planilla se le deberá adjuntar, la prescripción para la realización de la práctica, el informe o protocolo y la respectiva autorización de SCIS Medicina Privada (en caso de que corresponda). En casos particulares se deberá adjuntar también el bono de "práctica" que reemplaza el pago de coseguros y que entrega el asociado al momento de la realización de la práctica.
- La información incluida en la planilla tiene valor de Declaración Jurada.
- Una tercera consulta dentro de los 30 días requiere la presentación de historia clínica completa que justifique la misma.
- No se reconocerán códigos de prácticas no convenidas previamente.
- Usted cuenta 30 días desde la fecha del pago para presentar la refacturación de débitos en caso de corresponder.
- La falta de algunos de estos elementos será causal de Débito.

La planilla de Atención y Liquidación de prestaciones deberá presentarse en Mesa de Entradas de SCIS Medicina Privada **del 1 al 10 de cada mes** (Toda recepción posterior a dicha fecha, será trasladada al período siguiente de pago)

### SCIS Medicina Privada

Mesa de Entradas  
Libertad 567 piso 12 de 9:00 hs a 18:00 hs  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1012AAK)  
Teléfonos: (011) 5246-160/1623/1645