**PRESTADORES SAID INDIVIDUALES**

# PLANILLA FACTURACIÓN SISTEMA ATENCIÓN INTEGRAL DE DISCAPACIDAD (SAID)

Profesional: Número prestador :

Período:

| NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO/A | N° DE AFILIADO/A | COD. MÓDULO | COD. VALIDACIÓN SVI | IMPORTE |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**IMPORTE TOTAL**

- LA PRESENTE PLANILLA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA
- COMPLETAR CADA ÍTEM SIN EXCEPCIÓN/ No utilizar comillas.- EVITE DÉBITOS O AJUSTES.
- PRESENTAR DOCUMENTACIÓN (P. FACTURACIÓN, ASISTENCIAS Y FACTURA/RECIBO) DENTRO DE LOS 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE PRELIQUIDACIÓN.
- **RECUERDE INGRESAR EN PORTAL PRESTADORES LA CORRESPONDIENTE FACTURA.**

Firma y sello profesional