

ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA

FICHA INDIVIDUAL

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO

RAZÃO SOCIAL DO PRESTADOR		CÓDIGO	CARIMBO/ASSINATURA
MUNICÍPIO	TELEFONE		
PROFISSIONAL:			

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR:						MÊS
NOME DO BENEFICIÁRIO:						MATRICULA IBCM:
Sessões	Data	Procedimento	Horário Inicial	Horário Final	Vlr Unitário	Assinatura Beneficiário ou Responsável
1	/ /					
2	/ /					
3	/ /					
4	/ /					
5	/ /					
6	/ /					
7	/ /					
8	/ /					
9	/ /					
10	/ /					

Obs.: Os atendimentos só poderão ser prestados mediante apresentação do cartão IBCM, carteira de identidade e requisição médica;

É de responsabilidade do Prestador prestar atendimento sem a prévia Consulta a Situação Cadastral no portal da IBCM;

Na continuidade do tratamento fisioterápico, o Beneficiário deverá retornar ao seu médico com parecer expedido pelo fisioterapeuta executante.

a fim de obter nova requisição;

A assinatura do Beneficiário só deve ser solicitada a cada atendimento realizado, ficando proibido assinar a planilha antes da realização das sessões.

Encaminhar mensalmente até o dia 10 de cada mês para o Setor de Faturamento da IBCM, a fatura original de atendimentos, devendo manter a cópia da mesma em seu poder.

Duvidas: e-mail atendimento_credenciado@ibcm.org.br/Fone: (51) 3230 5594 - Faturamento de Credenciados