

RELAÇÃO DE ATENDIMENTO EM ODONTOLOGIA

Razão Social do Prestador			Endereço/Cidade:	Código:		Carimbo/ Assinatura
Período:			Profissional:			
Nº	Matricula IBCM	Nome Beneficiário Titular	Nome Beneficiário	Valor	Data	Assinatura Beneficiário ou Responsável
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Observação:

O prestador deverá validar os dados do paciente junto ao portal da IBCM antes de realizar o atendimento;

Preencher todos os campos desta planilha;

É de responsabilidade do Prestador a veracidade das informações aqui inscritas;

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