

RELAÇÃO DE ATENDIMENTOS EM TERAPIA/PROCEDIMENTOS

Razão Social do Credenciado:							Carimbo / Assinatura
Endereço:							
Descrição do Procedimento:			Período:			Código Conv:	
Nº	Matricula IBCM	Nome Beneficiário	Matricula IPE	Cat. IPE	Data	Código TUSS	Assinatura Associado ou Responsável
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Observação:

O credenciado deverá validar os dados do paciente junto ao portal da IBCM antes da realização do atendimento.

É obrigatório e de responsabilidade do Credenciado, para processamento da fatura, que todos os atendimentos estejam registrados no Portal IBCM/Faturas Credenciado.

Preencher todos os campos desta planilha;

É de responsabilidade do credenciado 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.

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