

RELAÇÃO DE ATENDIMENTO EM ODONTOLOGIA

Razão Social do Credenciado			Endereço/Cidade:		Código do convênio:		Carimbo/ Assinatura	
Período:			Profissional:					
Nº	Matricula IBCM	Nome Titular	Nome Paciente	Valor	Data	Assinatura Paciente 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 de realizar o atendimento;

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.

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