

Estimado prestador: no podrá iniciar la prestación presupuestada hasta tener la autorización de la Obra Social por escrito. No se reconocerán meses previos a la evaluación de auditoría.

**DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO**

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

**DATOS DE FACTURACIÓN**

Nombre y Apellido o Razón Social

CUIT

Teléfono (con cód.de área)

Domicilio de atención completo (con localidad y pcia.)

Dirección de correo electrónico

**El monto a facturar será el publicado por la Superintendencia de Servicios de Salud / Ministerio de Salud en boletín oficial, tomándose este como válido para el periodo de tratamiento correspondiente.**

Tomó conocimiento de que la facturación es a mes prestacional vencido, y debe ser enviada al sector Integración **antes del 10 (o día hábil anterior) del mes siguiente al facturado**. El plazo **máximo y excluyente** para su presentación **es de 30 días desde que se brinda la prestación**. Ver normativa de facturación.

Período de tratamiento:

Desde (mes y año):

Hasta (mes y año):

**Seleccionar la prestación correspondiente:**

Prestación de apoyo

Mód. de rehab. integral simple

Mód. de rehab. integral intensivo

Maestra apoyo (hora)

Mód. Maestra de apoyo

Apoyo a la integración escolar

Mód. Estimulación temprana

Centro de Día

Centro Educativo Terapeutico

Escolaridad especial

Alimentación

Formación laboral

Aprestamiento laboral

Mód. Internación en Rehab.

Hospital de Día

Hogar (\*)

Pequeño hogar

Residencia (\*)

(\*) Modalidad:   
(permanente, L a V, con CET, etc., según corresponda)

**Solo para las prestaciones que lo requieran:**

Jornada y horario:

Simple

hs. a

hs.

Doble

hs. a

hs.

Categoría (si corresp.):

(A, B, C)

Zona patagónica (20%):

Si

No

Suma dependencia (35% - FIM):

Si

No

**¡Importante!** Si requiere dependencia, describir los apoyos específicos que se brindan en la atención

**Cronograma de atención:** Indicar la prestación y marcar el/los día/s y hoarrio/s de atención. Los Centros de rehabilitación o estimulación temprana y Apoyo a la integración escolar deben detallar el cronograma de cada integrante del equipo.

Anexar en hoja aparte de ser necesario.

Prestación	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes

Junto a este formulario deberá presentar según corresponda: IRNP de la S.S.Salud (profesionales, rehabilitación, estimulación temprana y otras vigentes de atención sanitaria); IRNP de serv.de atención a favor de las personas con discapacidad dependiente de la A.N.DIS. (prest.terapéutico educativas, educativas y asistenciales); título habilitante y certificado analítico de materias (maestra de apoyo). Requisito vigente según Res.360/22 S.S.Salud,

Fecha (día, mes y año) anterior al inicio del período

Firma y sello del responsable de facturación