

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad
PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

A completar por el prestador

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido o Razón Social

Teléfono (con cód.de área)

Dirección de correo electrónico

CUIT

DATOS DE FACTURACIÓN DE PRESTACIÓN TRANSPORTE

Período de traslado:

Desde (mes y año):

Hasta (mes y año):

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.

Tomo 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.

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

Diagrama de traslados: Se solicita el kilometraje ida y vuelta de cada traslado. (*)

Domicilio de partida	Domicilio de destino	Prestación de destino	Kms.ida y vuelta

Cronograma de traslados: Indicar los horarios de traslado por día a cada prestación. (*)

Prestación de destino	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

(*) De ser necesario anexar diagrama/cronograma en hoja adjunta. SUMAR IMPRESIÓN DE RECORRIDO DE GOOGLE MAPS CON AMBAS DIRECCIONES Y COMPROBACIÓN DEL KILOMETRAJE.

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

Firma y aclaración del transportista