

## Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad PRESUPUESTO POR PRESTACIÓN DE REHABILITACIÓN

Sr. Profesional, por favor completar este formulario en letra imprenta, mayúscula legible.

Muchas gracias por su colaboración.

### DATOS IDENTIFICATORIOS

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)

Domicilio de atención completo (con localidad y pcia.)

CUIT

Dirección de correo electrónico

Nº matrícula (si corresp.)

Nº Certif. o Resol. IRNP

Vencimiento

Situación ante el I.V.A:

Monotributista

Resp.Inscripto

Otro:

### PRESUPUESTO

Período de solicitud:

Desde (mes y año):

Hasta (mes y año):

Marcar la prestación a brindar y el valor de la sesión o módulo según corresponda (\*):

<input type="checkbox"/> Kinesiología	\$	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	\$	<input type="checkbox"/> Psicología	\$
<input type="checkbox"/> Hidroterapia	\$	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	\$	<input type="checkbox"/> Psicopedagogía	\$
<input type="checkbox"/> Psicomotricidad	\$	<input type="checkbox"/> Musicoterapia	\$	<input type="checkbox"/> Maestra apoyo (hora)	\$
<input type="checkbox"/> Mód. Maestra apoyo	\$	<input type="checkbox"/> Mód.Apoyo a la integración escolar	\$		
<input type="checkbox"/> Mód. semanal rehab. integral simple	\$	<input type="checkbox"/> Mód. semanal rehab. integral intensiva	\$		
<input type="checkbox"/> Otra:	\$				

(\*) Valor sujeto a modificación por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.

Suma 20% por zona desfavorable (zona patagónica)?

Si

No

### CRONOGRAMA DE ATENCIÓN

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					

En caso de Centros de rehabilitación, detallar los días y horarios de atención de cada integrante del equipo, identificandolos. De ser necesario, anexas cronograma en hoja adjunta.

Al firmar, tomo conocimiento de que la facturación es a mes prestacional vencido, y debe ser enviada al sector Integración antes del 15 (o día hábil anterior) del mes siguiente al facturado, según normativa de facturación vigente. El plazo máximo y excluyente para su presentación es de 60 días desde que se brinda la prestación. Luego de ese período no se recibirán las facturas.

Fecha (anterior al inicio del periodo)

Firma y sello del prestador