

ANEXO 8 - PRESUPUESTO PARA PROFESIONALES

Kinesiología, Fonoaudiología, Psicología, Terapia ocupacional, etc. Fecha:/...../.....
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres
DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:
Domicilio: Localidad:

PRESUPUESTO Y DATOS DEL PROFESIONAL

Terapia a brindar:
Período: Desde Hasta Año
Sesiones mensuales (máximo 4 semanas): Valor de la sesión: \$
Monto Mensual \$ La prestación es brindada: Presencial Virtual
"Los aranceles serán ajustados automáticamente según Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"
Apellido y Nombre: CUIT:
Domicilio donde se brinda la Prestación:
Localidad: Provincia:
E mail: Teléfono:

En caso de detectar facturación por sesiones no brindadas,
la obra social se reserva la facultad de derivar al paciente a otro profesional.

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Marcar los días en los que se brinda la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma, aclaración y sello del Terapeuta

CONSENTIMIENTO

Doy mi conformidad respecto a la terapia que se detalla y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.
Hago constar que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre

de..... Manifiesto ser el familiar y doy conformidad
respecto a la terapia detallada precedentemente.

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo

Lugar y Fecha de Consentimiento: