



OSTCARA

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES DE REHABILITACION

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado: _____

DNI: _____ Edad: ____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Prestación/es: _____

Objetivo de la prestación: _____

Dependencia: ☐ Sí ☐ NO.

Cantidad de sesiones semanales: _____

Periodo: desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____

Firma y sello del médico tratante

EN CASO DE SEÑALAR DEPENDENCIA DEBE PRESENTAR PLANILLA FIM



PRESUPUESTO DE TRATAMIENTOS CON PROFESIONALES PARTICULARES E INSTITUCIONES

Nombre y Apellido del Afiliado: _____ DNI: _____

Prestación: _____

Período solicitado: _____/_____/_____ hasta: _____/_____/_____

Cantidad de sesiones semanales: _____ Cantidad de sesiones mensuales: _____

Valores x sesiones / mensual: Se reconocen valores según Ministerio de Salud vigentes para los periodos correspondientes

Categoría (en caso de corresponder): _____ Jornada: _____

Solicita dependencia de terceros (marcar lo que corresponde): ☐ SÍ ☐ NO

Observaciones: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (completar los días y el horario de correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

Apellido y nombre del profesional o Institución: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/whatsapp: _____ Email: _____

N° de CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

RNP o habilitación (indicar fecha de vencimiento): _____

Exención de ganancias: SI – NO (de estar exceptuado debe enviar la documentación)

CBU: _____ ALIAS : _____

Firma y sello del responsable

EN CASO DE SEÑALAR DEPENDENCIA DEBE PRESENTAR PLANILLA FIM