

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES DE REHABILITACION

			Fecha:	//	
Nombre y apellido del afiliado:					
DNI:	Edad	Teléfono			
DINI	Luau	1 eleiolio.	 		
Diagnóstico:					
Prestación/es:					
Objetivo de la prestación:					
Dependencia: SÍ NO.					
Cantidad de sesiones semanale	es:		 		
Periodo: desde:/	1	hasta: / /			
1 c1 lodo: dc3dc/	'				

EN CASO DE SEÑALAR DEPENDENCIA DEBE PRESENTAR PLANILLA FIM

Firma y sello del médico tratante



PRESUPUESTO DE TRATAMIENTOS CON PROFESIONALES PARTICULARES E INSTITUCIONES

bicita dependencia de terceros (marcar lo que corresponde): SÍ NO bservaciones: RONOGRAMA DE ASISTENCIA: (completar los días y el horario de correspondan) DÍAS LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES HORARIO De: De: De: De: De: De: De: De: Pe: De: Pe: De: Pe: De: Pe: Pe: Pe: Pe: Pe: Pe: Pe: Pe: Pe: P	eríodo solicitado	:/	hasta:			
Acceptate de la corresponder): Jornada:	antidad de sesio	nes semanales:	Cantidad	d de sesiones mensua	les:	
RONOGRAMA DE ASISTENCIA: (completar los días y el horario de correspondan) DÍAS LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES HORARIO De: De: De: De: De: De: A: A: A: A: De: De: De: De: De: De: De: De: De: De	alores x sesiones	s / mensual: <u>Se recon</u>	ocen valores según Min	isterio de Salud vigentes	para los periodos co	rrespondientes
RONOGRAMA DE ASISTENCIA: (completar los días y el horario de correspondan) DÍAS LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES HORARIO De: De: De: De: De: De: Pe: De: Pe: De: De: De: De: De: De: De: De: De: D	ategoría (en caso	de corresponder):		Jornada: _		
RONOGRAMA DE ASISTENCIA: (completar los días y el horario de correspondan) DÍAS LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES HORARIO De: De: De: De: A: A: A: A: De: De: A: Pellido y nombre del profesional o Institución: Provincia:	olicita dependen	cia de terceros (ma	rcar lo que correspo	onde): SÍ NO		
RONOGRAMA DE ASISTENCIA: (completar los días y el horario de correspondan) DÍAS LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES HORARIO De: De: De: De: De:	bservaciones:					
RONOGRAMA DE ASISTENCIA: (completar los días y el horario de correspondan) DÍAS LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES HORARIO De: De: De: De: De: A: A: A: De: Pellido y nombre del profesional o Institución: Provincia:						
DÍAS LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES HORARIO De:						
De: De: De: De: De: De: A: A:	RONOGRAMA DI	E ASISTENCIA: (comp	letar los días y el hora	ario de correspondan)		
HORARIO A:	DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
pellido y nombre del profesional o Institución: omicilio: pcalidad: Provincia:	LIODADIO	De:	De:	De:	De:	_ De:
omicilio:Provincia:	HORARIO	A:	_ A:	_ A:	A:	_ A:
omicilio:Provincia:						
ocalidad:Provincia:	nellido v nombr	e del profesional o l	nstitución:			
ocalidad:Provincia:						
eleiono/whatsappEnail						
° de CUIT:Condición frente al IVA:	alófono/whatcann:					
			. \			
NP o habilitación (indicar fecha de vencimiento):	° de CUIT:	indicar fecha de vencim	nento):			
	° de CUIT:					
NP o habilitación (indicar fecha de vencimiento):xención de ganancias: SI – NO (de estar exceptuado debe enviar la documentación) CBU: ALIAS :	° de CUIT: NP o habilitación (i kención de ganancia	as: SI – NO (de estar e	exceptuado debe enviar	la documentación)		