



PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado: _____

DNI: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Justificar la imposibilidad para movilizarse en transporte público _____

Dependencia: ☐ SÍ ☐ NO.

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

Firma y sello del médico tratante

**EN CASO DE SEÑALAR DEPENDENCIA DEBE PRESENTAR PLANILLA FIM CONFECCIONADA LIC. EN
TERAPIA OCUPACIONAL**

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD PODRA SOLICITAR MAS DOCUMENTACION
RESPALDATORIA UNA VEZ EVALUADO EL LEGAJO



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido del Afiliado: _____ DNI: _____

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

Valor x Km: Se reconocen valores según Ministerio de Salud vigentes para los periodos correspondientes

Solicita dependencia de terceros (marcar lo que corresponde –sujeto a evaluación): **SÍ** **NO**

VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	KM POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1				\$	\$
2				\$	\$
3				\$	\$
4				\$	\$

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

VIAJE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
PRESTACION Y HORARIO	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Celular: _____ Email: _____

N° de CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____ Exención de ganancias: SI - NO

Compañía de Seguros: _____ Póliza N° _____

Licencia de conducir (indicar fecha de vencimiento): _____ VTV (indicar fecha de vencimiento): _____

CBU: _____ ALIAS: _____

Firma y sello del responsable

EN CASO DE SEÑALAR DEPENDENCIA DEBE PRESENTAR PLANILLA FIM CONFECCIONADA LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL + EL PRESTADOR DEBE ESPECIFICAR EN EL DIAGRAMA DE TRASLADOS LOS APOYOS ESPECIFICOS QUE SE BRINDARAN