



## PRESUPUESTO DE PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS

Por favor completar esta planilla con letra mayúscula, en forma clara, sin tachaduras, ni enmiendas. Deberá adjuntar: Constancia de inscripción En el Registro Nacional de Prestadores para Discapacidad, Plan de Tratamiento e Informe evolutivo. En caso de tratarse de un nuevo profesional deberá adjuntar copia del título. Si la prestación es en modalidad On Line se deberán adjuntar los protocolos vigentes para la modalidad virtual.

**LUGAR:** ..... **FECHA:** ...../...../.....

**DATOS DEL AFILIADO:**

APELLIDO Y NOMBRES: .....

Nº D.N.I: .....

**DATOS DEL PRESTADOR:**

NOMBRE Y APELLIDO: .....

ESPECIALIDAD: ..... MATRÍCULA: .....

ENTIDAD/ ASOCIACIÓN PROFESIONAL (a la que pertenece): .....

TEL: ..... EMAIL: .....

**DATOS DE LA PRESTACIÓN:**

PRESTACIÓN: .....

PERIODO: DESDE: ..... HASTA: ..... AÑO: .....

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: ..... MONTO POR SESIÓN \$: ..... MONTO MENSUAL \$: .....

MODALIDAD (Indicar con X el que corresponda):

ON LINE:

PRESENCIAL: CONSULTORIO DOMICILIO

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: .....

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:**

DÍAS Y HORARIOS ON - LINE:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

DÍAS Y HORARIOS PRESENCIAL:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN

.....  
SELLO DEL PROFESIONAL

**SE RECUERDA: NO SE ABONARÁN PRESTACIONES QUE NO HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADAS**

**RESERVADO PARA SUMA:**

RECEPCIÓN: FECHA: ...../...../..... FIRMA y SELLO: .....

AUTORIZACIÓN: FECHA: ...../...../..... FIRMA y SELLO: .....

ACLARACIONES: .....

.....

.....

.....

CARGA A SISTEMA: FECHA: ...../...../..... FIRMA y SELLO: .....

