OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
RNOS 1-0740-4

Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad
PRESUPUESTO POR PRESTACIÓN INSTITUCIONAL
Sr. Profesional, por favor completar este formulario en letra imprenta, mayúscula legible.
Muchas gracias por su colaboración

DATOS IDENTIFICATORIOS

.....
Apellido y Nombre del Afiliado

....
Nº S.S. OSPF CUIL Edad

DATOS DEL PRESTADOR

....
Nombre y Apellido o Razón Social Teléfono (con cód.de área)

....
Domicilio de atención completo (con localidad y pcia.) CUIT

....
Dirección de correo electrónico N° de Matrícula (si corresp.) N° Cert. O Resol. IRNP Vencimiento

Situación ante el IVA : Monotributista ☐ Resp. Inscripto ☐ Otro ☐

PRESUPUESTO

Período de Solicitud Desde (mes y año) ..... Hasta (mes y año).....

Marcar la prestación a brindar y del módulo según corresponda (*)

☐ Centro de día $..... ☐ Centro educativo terapéutico $.....

☐ Escolaridad especial $..... ☐ Formación laboral $.....

☐ Aprestamiento laboral $..... ☐ Hogar $.....

☐ Mód. Internación en Rehabilitación $..... ☐ Otra $.....

(*) Valor sujeto a modificación por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.

Marcar con una x según corresponda a la institución prestadora:

Tipo de Jornada ☐ Simple ☐ Doble Tipo de Internación: ☐ Permanente ☐ Lunes a viernes

Suma 20% por zona (Zona Patagónica) ☐ Sí ☐ No Requiere dependencia 35% ☐ Sí ☐ No

¡IMPORTANTE! Si requiere dependencia, describir los apoyos específicos que se brindan en la atención: .....
.....
.....
.....

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					
En caso de Centros de Rehabilitación, detallar los días y horarios de atención de cada integrante del equipo, identificándolos. De ser necesario, anexar cronograma en hoja adjunta.					

Al firmar, tomo conocimiento de que la facturación es a mes prestacional vencido, y debe ser enviada al sector Integración antes del 15 (o día hábil anterior) del mes siguiente al facturado, según normativa de facturación vigente. El plazo máximo y excluyente para su presentación es de 60 días desde que se brinda la prestación. Luego de ese período no se recibirán las facturas.

....
Fecha (anterior al inicio del periodo) Firma y sello del prestador