



Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad
PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Sr. Profesional, por favor completar este formulario en letra imprenta, mayúscula legible.

DATOS

.....
..... Apellido y Nombre del Afiliado
.....
.....
..... EDAD
N° SS. OSPF CUIL

DATOS DEL PRESTADOR

.....
..... Nombre y apellido o Razón Social Teléfono (con código de área)
.....
..... Dirección de correo electrónico CUIT
.....
..... Compañía de Seguros N° de Póliza Vencimiento N° prest. OSPF
Situación ante el IVA: Monotributista..... Resp. Inscripto..... Otro.....

Prestación a brindar: TRANSPORTE Valor del Km (*): \$.....
(*) Valor sujeto a modificación por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud del Ministerio de Salud
Suma 20% por zonaSINO Requiere dependencia 35%SI NO

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

.....
.....

DIAGRAMA DE TRASLADOS

(**)

DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	PRESTACIÓN DE DESTINO	KM. POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL	TOTAL KM MENSUALES

DIAGRAMA DE TRASLADOS

(**)

PRETACIÓN DE DESTINO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

(**) De ser necesario anexar diagrama/cronograma en hoja adjunta. SUMAR IMPRESIÓN DE RECORRIDO DE GOOGLE MAPS CON AMBAS DIRECCIONES Y COMPROBACIÓN DEL KILOMETRAJE.

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 aclaración del transportista