



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Lugar:

Fecha: / / (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

A quien corresponda:

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

De:

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono: Teléfono Celular: Mail:

Número de CUIT: Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA: Póliza N°:

Prestación / Especialidad:

Período prestacional:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor de la prestación (2): \$ Monto Mensual: \$

(2) Los valores reconocidos serán los estipulados por el nomenclador nacional vigente.

Para:

Nombre y apellido:

Tipo de Documento: (Marcar lo que corresponda) LC DNI LE PAS N°

Edad:

Las sesiones detalladas a continuación deberán tener una duración de 60 minutos

Día	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Horario	de hs. a hs.	de hs. a hs.	de hs. a hs.	de hs. a hs.	de hs. a hs.	de hs. a hs.

(Indicar el / los días y horario / horarios de asistencia a la prestación)

.....
Firma y sello del Responsable

Conformidad

Por la presente dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario:

DNI:

.....

Firma Beneficiario o representante

Aclaración:

DNI firmante:

Lugar y fecha:

* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.