

||||||||||||||||||

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – MEDIFÉ

## PRESTACIONES EDUCATIVO TERAPEUTICAS

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PRESUPUESTO****DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_ Sexo: F / M

**DATOS DEL PRESTADOR**

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

No convenido

Convenido

Nº de convenio: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio real de atención: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ N° de CUIT: \_\_\_\_\_

Condiciones frente a IVA: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PRESTACIÓN**

Prestación / especialidad: \_\_\_\_\_

Período y año prestacional: \_\_\_\_\_

Jornada: Simple / Doble

Horario: \_\_\_\_\_ Dependencia: Si / No

Categoría: A / B / C

Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Cronograma de asistencia**

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde – hasta)						

Firma y sello del responsable de la institución: \_\_\_\_\_