

TERAPIA VIRTUAL

En caso de realizar terapia de manera virtual, se deberá completar la siguiente planilla, la misma deberá ser completada y firmada por el o la profesional y luego presentada ante la obra social.

Declaración jurada de terapias realizadas en el periodo de aislamiento Social, preventivo y obligatorio.	
Mes	Año
Nombre y apellido	DNI
Número de afiliación	
Fecha de nacimiento	Edad
Prestación realizada	
Kinésica	
Fonoaudiología	
Psicología	
Terapia Ocupacional	
Psicomotricidad	
Estimulación temprana	
Acompañante terapéutico	
Asistente terapéutico	
Prestaciones de apoyo	
Días y horarios	
Modalidad de prestación	
Video llamada	
Telefónica	
Otra (Especificar)	
Correo	

Conformidad de la prestación brindada

Firma de titular
Aclaración
Nº de Afiliación
Fecha

Firma y sello
del o la profesional

El dato vertido en la presente reviste el carácter de declaración jurada por parte de los firmantes.

Dudas y consultas: reintegros_discapacidad@css.gov.ar