

TERAPIA VIRTUAL

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

La autorización de esta modalidad será evaluada por el equipo interdisciplinario.

Se podrá solicitar esta modalidad únicamente en caso de realizar la terapia individual.

Niños a partir de los 6 (seis) años.

Declaración Jurada		
Mes:	Año:	
Nombre del afiliado tratante:		
DNI:	Edad:	Numero de afiliación:
Prestación realizada	Días	Horario
Fonoaudiología		
Psicología		
Psicopedagogía		
Psiquiatría		
Modalidad de prestación		
Videollamada		
Telefónica		
Otra (Especificar)		

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.

Tanto esta Declaración Jurada, como las planillas de asistencia que se presentaran mensualmente, deberá ser escaneada una vez firmada por el profesional, enviada al afiliado y firmada por este posteriormente de manera original.

Dudas y consultas reintegros_discapacidad@css.gov.ar