Caja de Servicios Sociales
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

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 ante 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.
Según criterio estipulado por Colegio de Psicólogos de la Provincia de Santa Cruz, los profesionales DEBEN ACREDITAR MATRICULA PROVINCIAL.

Declaración jurada			
Mes:		Año:	
Nombre del afiliado tratante:			
DNI:	Edad:	Numero de afiliación:	
Prestación realizada		**Días**	**Horario**
Fonoaudiología			
Psicología			
Psicopedagogía			
Terapia Ocupacional			
Psiquiatría			
Modalidad de prestación			
Video llamada			
Telefónica			
Otra (Especificar)			

Conformidad de la prestación brindada

_____
_____

Firma de titular

Firma y sello del profesional

Aclaración:
DNI:
Fecha:

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 presentarán mensualmente, deberán ser escaneadas 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

TERAPIA VIRTUAL