

## FORMULARIO 4 - PRESUPUESTO AÑO 2027

© 2027

### DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido o Razón social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE:

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

N° de Credencial: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

### PROFESIONALES (sólo completar profesionales independientes)

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_ Monto por sesión: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Monto mensual: \_\_\_\_\_

### CRONOGRAMA:

| Hora  | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Desde |       |        |           |        |         |        |         |
| Hasta |       |        |           |        |         |        |         |

Tomo conocimiento que las prestaciones por discapacidad nombradas son bajo la modalidad de reintegro, y que los valores a reintegrar se ajustan a los aranceles del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, determinados por el directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad y actualizados conforme a lo dispuesto por el decreto del Poder Ejecutivo Nacional 274/24, o el que en el futuro lo reemplace. Las prestaciones no nombradas son bajo la modalidad de reintegros con valores establecidos por acta cados. Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de los nombrados.

Firma del prestador:

Sello del prestador:

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

## CENTROS/INSTITUCIONES

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Modalidad (por ejemplo, tipo de jornada cuando corresponda): \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_ Dependencia: SI - NO

Monto semanal (sólo cuando corresponda): \_\_\_\_\_ Monto mensual: \_\_\_\_\_

## CRONOGRAMA:

| Hora  | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Desde |       |        |           |        |         |        |         |
| Hasta |       |        |           |        |         |        |         |

### Observaciones

Tomo conocimiento que las prestaciones por discapacidad nombradas son bajo la modalidad de reintegro, y que los valores a reintegrar se ajustan a los aranceles del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, determinados por el directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad y actualizados conforme a lo dispuesto por el decreto del Poder Ejecutivo Nacional 274/24, o el que en el futuro lo reemplace. Las prestaciones no nombradas son bajo la modalidad de reintegros con valores establecidos por acta cados. Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de los nombrados.

Firma del prestador:

Sello del prestador:

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

