



**PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN: / /

APELLIDO Y NOMBRE: N° AFILIADO:

BENEFICIARIO SE TRASLADA A LA PRESTACIÓN:

PERIODO:

IDA: DESDE (LUGAR Y DOMICILIO):						
HASTA (LUGAR Y DOMICILIO):						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						
KM IDA						

VUELTA: DESDE (LUGAR Y DOMICILIO):						
HASTA (LUGAR Y DOMICILIO):						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						
KM VUELTA						

TOTAL KM DIARIOS: VALOR POR KM:

TOTAL DE KM/MES: VALOR MENSUAL:

ADICIONAL DEPENDENCIA 35% (SUJETO A EVALUACIÓN): SI NO

(El monto del arancel detallado rige según lo establecido por la Resolución vigente del Ministerio de Salud de la Nación, por lo que las actualizaciones se realizarán de forma automática).

NOMBRE COMERCIAL:

RAZON SOCIAL:

CUIT:

TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:

COMPAÑÍA DE SEGUROS: POLIZA N°:

FIRMA DEL TRANSPORTISTA O EMPRESA A CARGO:

ACLARACIÓN:

ANTE CUALQUIER CAMBIO, POR FAVOR, COMUNICARSE:

TEL: 0810-222-0317 INT 06

MAIL: patologiasespeciales.das@das.gob.ar

WHATSAPP: 15-3613-3647 (sólo imágenes o mensajes)

IMPORTANTE: EN LA FACTURA DEBERÁ CONSTAR N° VOUCHER DE AUTORIZACIÓN Y ADJUNTAR PLANILLA DE ASISTENCIA