



**FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE COBERTURA**

**Deberá enviarse únicamente por mail a: [prestacionesespeciales@osunr.com.ar](mailto:prestacionesespeciales@osunr.com.ar)**

**Deberá completarse una planilla por Prestación**

Beneficiario: ..... Fecha ...../...../.....

Diagnóstico: .....

- Pedido médico

Médico de cabecera: .....

- **PRESTACIÓN A BRINDAR:** .....

Prestador:..... Teléfono:.....

**Correo electrónico:** .....

Lugar de atención: (completar el cuadro correspondiente al domicilio de atención)

Consultorio		Centro		Domicilio		Escuela	
-------------	--	--------	--	-----------	--	---------	--

Nombre del Centro / Consultorios:.....

Domicilio:.....

- Servicio de apoyo a la Integración Escolar o Maestra de apoyo

Constancia de alumno regular- Acta acuerdo

Período: .....

- Cantidad de sesiones/horas semanales : .....

- Días y horarios de atención: .....

.....

Valor sesión / Hora	
Valor mensual	

Dependencia: debe estar prescripta en la historia clínica y en caso de solicitarla se deberá incluir FIM (Escala de Medida de Independencia Funcional)

[https://www.osunr.com.ar/formularios\\_afiliados/prestaciones\\_especiales\\_escala\\_fim.pdf](https://www.osunr.com.ar/formularios_afiliados/prestaciones_especiales_escala_fim.pdf)

- **INFORME ACTUALIZADO**

.....

Firma y sello