



# Obra Social Universidad Nacional de Rosario

Santa Fe 2579 – 2000 Rosario – Tel: 08103450413 int. 1600

E-mail: prestacionesespeciales@osunr.com.ar

## REQUISITOS PARA PLANES ANUALES

**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) ([enlace](#))

- **INFORME ACTUALIZADO**

.....

Firma y sello