

FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación

**Anexo IX**

**PRESUPUESTO PRESTACIONES EDUCATIVAS / TERAPÉUTICO EDUCATIVAS**

**Datos del afiliado**

Nombre y apellido: .....

DNI: .....

**Datos del prestador**

Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

CUIT: .....

Teléfono: ..... Mail: .....

Prestación: .....

*Deberá aclarar en caso de requerir Dependencia*

Periodo prestacional: .....

Tipo de jornada: ..... Categoría: .....

Monto mensual: .....

Los valores reconocidos serán los establecidos por el Nomenclador Nacional vigente para la modalidad solicitada.

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA**

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

.....

Firma y sello del responsable