



## PLANILLA 65 PARA TRASLADOS PROGRAMADOS Y PROLOGADOS A TERAPIAS

Afiliado: \_\_\_\_\_ N° afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Prestador que prescribe: \_\_\_\_\_

### Traslado a destino

Tipo de traslado	Ida / ida y vuelta		
Equipamiento	Silla de ruedas / camilla / otro:		
Tipo de móvil	Común / UTI / Otro:		
Incluye médico	Si / No		
Horario de ida:		Horario de vuelta:	
Domicilio partida:			
Domicilio llegada:			
Frecuencia:	_____ por semana	Período:	_____ meses

### Traslado a otro destino

Tipo de traslado	Ida / ida y vuelta		
Equipamiento	Silla de ruedas / camilla / otro:		
Tipo de móvil	Común / UTI / Otro:		
Incluye médico	Si / No		
Horario de ida:		Horario de vuelta:	
Domicilio partida:			
Domicilio llegada:			
Frecuencia:	_____ por semana	Período:	_____ meses

Firma y sello del médico tratante

### Procedimiento:

1. Enviar la planilla completa a [autorizacionesespeciales@dosuba.uba.ar](mailto:autorizacionesespeciales@dosuba.uba.ar) o presentarla en Mesa de Entradas para la evaluación por Dirección de Prestaciones.
2. El Call Center le confirmará por correo electrónico de la confirmación de reserva de ambulancia.