

CARTILLA DISCAPACIDAD

Por intermedio de la presente, se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por Resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

Procedimientos para acceder a la cobertura

Tanto los beneficiarios como los profesionales del área, deberán dirigirse a la sede de la calle Dorrego 1734 en el horario de 10 a 16 hs. a fin de retirar el **instructivo correspondiente y los formularios necesarios para solicitar la autorización de la prestación, así como los listados de profesionales y centros habilitados** que habitualmente trabajan en el tema y que pueden ser propuestos para llevar adelante las mismas.

Asimismo queda habilitado el correo electrónico:

dtodiscapacidad@gmail.com

y la línea directa de whatsapp

223-4393420

para toda comunicación directa entre la Obra Social y los beneficiarios y prestadores, y a través del cual se informará toda modificación que surja en el futuro en cuanto al contenido u operatividad de esta cartilla.

COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2025-2026

Tratamientos de Rehabilitación/ Habilitación

Instructivo para Beneficiarios.

IMPORTANTE

- 1. Documentación Requerida:** La documentación debe corresponder al tratamiento anual prescripto. La cobertura por discapacidad se otorgará a partir del año de vida y se dará cobertura únicamente a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación. Res 428/99 y complementarias.
- 2. Firma de Documentos:** La documentación presentada deberá estar firmada de forma ológrafa por el beneficiario y el prestador. No se aceptarán documentos con tachaduras o enmiendas.
- 3. Anticipación en Solicitudes:** Se solicita realizar las solicitudes de tratamientos con suficiente anticipación para evitar demoras en la auditoría administrativa, permitiendo la eventual autorización o reorientación de los tratamientos indicados sin perjudicar el proceso terapéutico del paciente.
- 4. Recepción de Documentación:** La recepción de la documentación se realizará en una única entrega en la delegación, por tal motivo es necesario que está completa y en su totalidad. No se recibirán entregas parciales. La recepción de la documentación NO significará la autorización de la cobertura solicitada. El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA será bajo la responsabilidad del prestador y no obliga a la Agente de Seguro de Salud a cubrir la prestación. La cobertura en ciclos previos no da derecho al profesional a continuar con la prestación sin la previa autorización del Agente de Seguro de Salud.
- 5. Cambio de Profesional:** En caso de un cambio de profesional para una determinada práctica, se deberá presentar una nota junto con la documentación del nuevo profesional, explicando los motivos del cambio. Se debe utilizar el formulario "Solicitud por cambio de prestador" (ver modelo adjunto).
- 6. Documentación Adicional:** El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá solicitar documentación respaldatoria adicional si lo considera pertinente.

7. **Plazo de respuesta:** Al realizar una presentación debe estimar un plazo mínimo de 20 días hábiles para que el área realice las evaluaciones necesarias y pertinentes; los que empezarán a correr una vez que el solicitante haya presentado la totalidad de la documentación requerida

8. **Formularios Modelo:** Al final del presente instructivo, se adjuntan los formularios destinados a la presentación de la documentación. Estos formularios tienen carácter orientativo, lo que significa que el prestador y/o profesional no están obligados a utilizarlos, siempre que la documentación presentada cumpla con todos los requisitos establecidos y esté completa.

9. **Equipo Interdisciplinario:** En concordancia con lo sugerido por la Superintendencia de Servicios de Salud, el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social tendrá la potestad, si correspondiera, de realizar evaluaciones de seguimiento sobre los tratamientos autorizados.

DISCAPACIDAD 2025 - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

AREA DISCAPACIDAD

Contacto: dtodiscapacidad@gmail.com Contacto:

WhatsApp 223- 439-3420

INTEGRANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

- **Coordinación Técnica.** Dra Damiana Caseaux. Médico Fisiatra. Especialista en rehabilitación.
- **Lic. En Trabajo Social** Cambareri Lorena.
- **Lic. En Psicología** Barrios Natalia
- **Lic en Terapia Ocupacional** Soule Natalia

INSTRUCTIVO DE INTERVENCION PARA EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

El equipo interdisciplinario, está formado por profesionales que provienen de distintas disciplinas que presentan diferentes campos de incumbencia. La ventaja de generar un equipo interdisciplinario, radica en aportar al conjunto los conocimientos y habilidades derivados de su profesión, que a la vez se complementa con los demás. El objetivo del equipo interdisciplinario de OSPREN, es atender, orientar y asesorar a los beneficiarios que presenten alguna discapacidad o a sus familiares, que soliciten información acerca de sus derechos y los mecanismos de acceso a las prestaciones como lo indica la resolución 206/2011 de la SSS (Superintendencia de Servicio de Salud). Favoreciendo siempre, el acceso a una mejor calidad de vida y el derecho a la salud, a través de los servicios establecidos en la Ley 24.901 y Ley 22.431.

Acciones con el afiliado con discapacidad y/o su familia

Entrevista de inicio: Se lleva a cabo cuando el afiliado con discapacidad ingresa al padrón. A través de esta entrevista se indagan aspectos relacionados al contexto socio familiar, antecedentes de salud y recorrido institucional con el objetivo de contar con una mirada general y detectar barreras que limiten la participación social del sujeto independientemente de su condición de salud. Lo dilucidado en esta instancia colabora con la orientación tanto para el paciente como para la Obra Social.

En caso de afiliados en condiciones de dependencia, se solicita informe FIM (Medida de Independencia Funcional) y si solicita internación domiciliaria se realizara entrevista social en el domicilio.

Se procede al armado del expediente con la información necesaria para la confección del mismo: fotocopia de DNI, Carnet de afiliación, CUD (Certificado único de Discapacidad), recibo de sueldo o últimos tres pagos de monotributo.

Acciones con los prestadores

Auditoria externa: Con el objetivo de garantizar la calidad de atención que desde la Obra Social se le brinda al beneficiario, se desarrollan auditorías a los prestadores de salud propios y/o contratados: Escuelas Especiales, Servicios de Apoyo a la Integración Escolar, Centros Educativos Terapéuticos, Centros de Día, Hogar, Centros de estimulación, y otros prestadores.

Todos ellos, deben contar con matrícula profesional habilitante e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, habilitaciones de incumbencia, entre otros.

Informe evolutivo: se solicita a los prestadores una evaluación semestral para informar la condición sociofamiliar del beneficiario, los objetivos trabajados de acuerdo al Plan de Trabajo presentado así como también los aspectos de salud y/o educativos. De esta manera será tomado en consideración la valoración técnica del equipo interviniente para las instancias de renovación u otorgamiento de prestaciones.

REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO.

Se deberá reunir la siguiente documentación:

- **Fotocopia del Certificado de Discapacidad** vigente, emitido por autoridad competente. Si dicho certificado venciera en el transcurso del año 2025, la cobertura se otorgará hasta la fecha de vencimiento del mismo, debiendo el afiliado presentar la renovación del certificado a fin de poder dar continuidad a la cobertura de prestaciones.
- **Constancia de Alumno Regular Original** de la escuela a la que asista, indicando turno y grado en el que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela, domicilio y teléfono. **El mismo debe incluir el CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos.** Deberá ser presentado dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo
- **Afiliados en Relación de Dependencia:** último recibo de haberes.
- **Afiliados Monotributistas:** fotocopia de los últimos 6 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo se recuerda que los pagos mensuales del monotributo deben estar al día.
- **Declaración Jurada de Afiliaciones** (Ver Anexo 1)
- **Constancia de su inclusión en el PADRON DE BENEFICIARIOS (del afiliado que recibe el tratamiento) de la Superintendencia de Servicios de Salud,** en donde figure O.S.PREN como única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la siguiente página Web: www.argentina.gob.ar/sssalud accediendo a Consultas web/ padrón de beneficiarios/ acceso público e ingresando los datos del beneficiario.
- **Planilla de conformidad,** el titular del grupo familiar deberá completar el modelo que se adjunta detallando la prestación o las prestaciones que se han solicitado y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD
- **Cronograma de horarios semanal del beneficiario:** Deberá ser completado y firmado por el afiliado titular donde se detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individual) que realice. (Ver Anexo 2)

REQUERIMIENTOS PARA EL MEDICO QUE PRESCRIBE

Resumen de Historia Clínica:

- Debe estar redactada por el profesional médico responsable del seguimiento y contener diagnóstico, descripción del estado actual, evolución y tratamiento/s que recibe.
- Debe estar firmada por el profesional con su sello correspondiente.
- Debe ser original.

Prescripción Médica:

- Debe presentarse en recetario aparte de la historia clínica. Una nota individual por cada prescripción.
- Debe indicar vigencia 2025 (desde y hasta que mes se solicita)
- Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea individual o institucional, detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones semanales.
- En caso de tratamiento institucional, indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).
- Si se prescribe transporte, tomar en cuenta que el mismo se contempla para aquellos discapacitados que presenten minusvalías motoras, visuales, psicosis y/o autismo.

En caso de otras patologías se deberá efectuar una justificación del mismo quedando su otorgamiento a consideración de la Auditoría Médica en Discapacidad de la Obra Social.

Toda enmienda, tachadura o agregado debe estar salvada con firma y sello del médico.

TANTO EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMO LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEBEN TENER FECHA ANTERIOR AL PRESUPUESTO Y AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

Todas las indicaciones deben estar realizadas por el mismo médico tratante. (Médico responsable, de cabecera, de seguimiento), aclarando teléfono y correo electrónico de contacto.

REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

- **Nota de Consentimiento del afiliado titular:** La nota de consentimiento deberá ser firmada por titular del grupo familiar y por el profesional o institución que realice la prestación. – se adjuntan modelos-

PRESTADOR:

- **Plan de abordaje individual** donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención, etc.
- **Presupuesto** Deberá especificar días y horarios de atención (se adjuntan modelos).
- **Informe:**
 - En el caso que la prestación sea **NUEVA** se deberá presentar **Informe de Evaluación Inicial** donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
 - En caso que la prestación sea **CONTINUIDAD:** se deberá presentar **Informe Evolutivo** del tratamiento brindado, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- **Instituciones/ Profesionales:** Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- **Instituciones:** Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente
- **Título habilitante** para los profesionales registrados por la SSSalud que no cuenten con RNP.
- **Constancia de CUIT.**
- En caso de que el profesional/ institución se presenten por primera vez en la obra social, deberá presentar adjuntar también sus datos de contacto – mail y teléfonos – constancias de Afip e Ing Brutos y constancia de CBU bancario donde desee que se le realicen los pagos por transferencia.

En caso de las prestaciones de Rehabilitación que conforman los Módulo Integral Intensivo, Módulo Integral Simple, Prestaciones de apoyo, las mismas quedan supeditadas a disposiciones emitidas por la Superintendencia de Servicios de Salud quien eventualmente puedan modificarla

En caso de solicitar **Apoyo a la Integración Escolar** (Equipo o Maestro de Apoyo), es imprescindible presentar:

- Constancia de alumno regular.
- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia.
- Acta acuerdo firmada en original por un representante del equipo de la Integración Escolar o por profesional a cargo del tratamiento, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el afiliado titular de la Obra Social.

Podrán brindar **Apoyo a la Integración Escolar**

- Instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar

Podrán brindar la modalidad **Maestro de Apoyo**:

- Profesionales Psicopedagogos, Profesor en Educación Especial, Lic. en Ciencias de la Educación o Psicólogos.

El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Solo podrá modularse cuando se brinde un mínimo de:

- 32hs / mes para instituciones.
- 24hs/mes para profesionales individuales.

En los casos en que se solicite MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO con una carga horaria menor a 6 horas semanales se deberá extender un presupuesto por valor hora.

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA LOS AFILIADOS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES. SIN EXCEPCIÓN.

En caso de solicitar **Estimulación Temprana** podrá ser brindada solo por:

- Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditado para tal fin.

Los pedidos de rehabilitación en agua se contemplarán exclusivamente en los siguientes casos:

- ***Kinesiología en agua***, si el profesional que brinda la prestación es kinesiólogo
- ***Psicomotricidad en agua***, si el profesional tratante es psicomotricista
- ***Rehabilitación o terapia en agua***, si el tratamiento se lleva a cabo en instituciones categorizadas para dicho tratamiento o bajo la coordinación de un medico fisiatra.

Los mismos deben ser solicitados por el médico tratante y los profesionales contar con la correspondiente inscripción en el **Registro Nacional de Prestadores**

IMPORTANTE:

ES REQUISITO SIN EXCEPCION QUE SEMESTRALMENTE SE PRESENTEN LOS INFORMES DE EVOLUCIÓN EN ACUERDO A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL PROYECTO DE TRABAJO. (JUNIO Y DICIEMBRE)

REQUERIMIENTOS PARA TRANSPORTE

Se dará cobertura de transporte para aquellos afiliados que presenten cuadro de minusvalía visual, motora, psicosis y / o autismo y además no deberán poseer vehículos con franquicia por discapacidad.

Deberán presentar la siguiente documentación:

- Orden del médico tratante en su recetario.
- Nota de consentimiento de traslado firmada por el afiliado o titular.
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) en caso de dependencia elaborada por Terapeuta Ocupacional y que deberá contener firma y sello del profesional y del médico prescribiente. (Res 1731/2021)
- Formulario de Traslados indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación -se adjunta modelo-

La coincidencia de días y horarios entre lo indicado por el profesional en el presupuesto y lo expresado en las planillas correspondientes es condición para su autorización.

En caso de solicitar transporte a escuela común, centros de rehabilitación, Centros de día público, etc. se deberá adjuntar la Constancia de Alumno Regular o Constancia de Asistencia a dicha institución para acreditar dicha concurrencia.

La cobertura del transporte en forma total o parcial será una decisión de la Obra Social a través de la evaluación del caso por el equipo interdisciplinario y la auditoría médica en Discapacidad.

Dependencia: Se considera en los casos que el transportista deba realizar tareas de asistencia para subir o bajar del transporte. En caso de corresponder deberá presentarse Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran. (Res 1731/2021).

CAMBIO DE PRESTADOR

En el caso que se realice un cambio de prestador de los tratamientos ya autorizados se deberá presentar la siguiente documentación:

- **El Afiliado Titular deberá presentar nota** detallando los motivos de dicho cambio, y los periodos trabajados por cada uno de las instituciones /profesionales, indicando nombre y apellido de los mismos. Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.
- Planilla de conformidad del nuevo prestador firmado por el afiliado o titular y por el nuevo prestador.
- Plan de abordaje individual donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención.
- Presupuesto -de acuerdo a modelo adjunto- y nuevo Cronograma horario semanal de todas las actividades (Anexo 2)
- Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- En caso de que el profesional/ institución se presenten por primera vez en la obra social, deberá presentar adjuntar también sus datos de contacto - mail y teléfonos - constancias de Afip e Ing Brutos y constancia de CBU bancario donde desee que se le realicen los pagos por transferencia.

Si la prestación que se modifica corresponde a maestro de apoyo o apoyo a la integración escolar, también deberán presentar:

- Acta acuerdo entre la nueva institución o maestra de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la Obra Social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la Integración. Deberá ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo
- Módulo de apoyo a la integración: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.
- Módulo de maestra/o de apoyo: Título habilitante y Certificado analítico de materias.

Baja de Prestador: El Afiliado Titular deberá presentar nota detallando los motivos de la baja e indicando desde que fecha se hace efectiva.

PRESENTACIÓN Y PAGO DE LAS FACTURAS DE SUBSIDIOS APROBADOS

Lineamientos generales:

* Sólo se recibirá **facturación de prestaciones autorizadas** previamente por la obra social y deberá estar acompañada indefectiblemente por el **bono de autorización** (que deberá ser solicitado al afiliado beneficiario o a la Delegación correspondiente), **planilla de asistencia y dos copias de las facturas.**

* Los prestadores deberán presentar las facturas, **INDEFECTIBLEMENTE** a mes vencido en la Mesa de Entradas de la Obra Social o bien en el Buzón de Recepción instalado en la delegación del puerto del **1º al 10º día hábil del mes siguiente**, a fin de que las mismas puedan ser presentadas a la Superintendencia de Servicios de Salud para su aprobación y subsidio.

Pasado este plazo se tomará como “presentación fuera de término” y su presentación pasará a conformar parte de las presentaciones del mes subsiguiente.

EN CASO DE QUE EL PROFESIONAL SE DEMORE EN REALIZAR LA PRESENTACIÓN, EL PAGO SUFRIRÁ DEMORAS EN SU LIQUIDACIÓN.

SOLO SE RECONOCERÁ FACTURACIÓN RETROACTIVA A 2 (DOS) MESES DEL MES CALENDARIO EN CURSO.

ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PRESTADOR ENTREGAR LAS FACTURAS EN CONDICIONES DE SER LIQUIDADAS.

Quienes presenten factura B deberán entregar en Tesorería el correspondiente recibo. El mismo, deberán presentarlo una vez acreditado el pago SIN EXCEPCIÓN.

* Se deberá confeccionar **una factura por beneficiario**, período y autorización.

* La modalidad de pago de la Obra Social para Instituciones y Profesionales es mediante **transferencia** bancaria y para ello deberán presentar constancia del CBU de cuenta bancaria propia, inscripción en AFIP e Ingresos Brutos actualizada. Asimismo (en caso que corresponda) los certificados de Exención (Impuesto a las Ganancias, Ingresos Brutos, etc.)

Confección de factura y Requisitos fiscales:

La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP, a saber:

Las facturas deberán contener:

- Fecha de emisión (debe ser posterior al mes de prestación brindada)
- Razón Social: Obra Social del Personal de Prensa de Mar del Plata.
- Domicilio: Dorrego 1734, Ciudad de Mar del Plata.
- CUIT :30-63659504-3
- Condición IVA: Exento.
- Tipo de prestación brindada según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad
- Modalidad: indicar si es Jornada simple o doble, categoría del establecimiento e indicar si es con o sin dependencia.
- En el caso de especialidades: cantidad de sesiones y valor unitario. En el caso de presentar facturación por módulos, deberán detallarse las prestaciones y sesiones que lo conforman
- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.
- Mes y año de la prestación.
- Nombre y apellido del beneficiario y número de afiliado.

ANEXO 1

Mar del Plata,...../..... /.....

Declaro bajo juramento que mi hija/o _____

Con DNI N° _____, no se encuentra actualmente afiliado a otro Agente del Seguro de Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria de mi hija/o dentro de las 72hs. De producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importará el derecho de esta obra social a disponer la baja inmediata de la afiliación de mi hijo/a; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la obra social por la atención del mismo.

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

Documento N°: _____

ANEXO 2

Mar del Plata,...../...../.....

CRONOGRAMA DE HORARIOS SEMANAL ESCUELA-TRANSPORTE-TERAPIAS

Indicar el horario de las actividades diarias (incluyendo horario de colegio, integración escolar, maestra de apoyo y terapias, como así también si tiene transporte, con distancia y tiempo de viaje hacia las terapias).

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
7HS						
8HS						
9HS						
10HS						
11HS						
12HS						
13HS						
14HS						
15HS						
16HS						
17HS						
18HS						
19HS						

Firma del padre/tutor _____

**Maestro de apoyo individual
Para la integración escolar**

Presupuesto

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido Nº DNI _____
Nº Beneficiario/CUIL _____

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad: **Maestro de apoyo para la integración escolar**

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual \$ _____

Datos del prestador

Nombre.....
Domicilio.....
Localidad..... Provincia.....
Teléfono _____ Email.....
CUIT Nº _____ Condición frente al IVA.....
Cheque a la orden de.....

Cronograma de Actividad Aulica (Maestra de Apoyo)

Institución en al que se brindara la prestación – Escuela.....
Sito en la Calle..... Nº..... de la ciudad de.....

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello

Del profesional _____

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

**Equipo de apoyo / Institución
Para la integración escolar**

Presupuesto

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido Nº DNI _____

Nº Beneficiario/CUIL _____

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad: **Equipo de apoyo para la integración escolar**

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual \$ _____

Datos del prestador

Nombre.....

Domicilio.....

Localidad..... Provincia.....

Teléfono _____ Email.....

CUIT Nº _____ Condición frente al IVA.....

Actividad Aulica

Institución en al que se brindara la prestación – Escuela.....

Sito en la Calle..... Nº..... de la ciudad de.....

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Actividad Extra Aulica

Conformación del equipo profesional interviniente:

1. Nombre Y Apellido.....

Título profesional:

Objetivo de la Intervención:

.....

.....

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias Profesionales Individuales

Presupuesto

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido Nº DNI _____

Nº Beneficiario/CUIL _____

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad:

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de sesiones semanales y mensuales _____ Monto por sesión \$ _____ Monto mensual \$ _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido/ Razón Social.....

Domicilio **REAL** donde se brindara la prestación.....

Localidad..... Provincia.....

Teléfono _____ Email.....

CUIT Nº _____ Condición frente al IVA.....

Cronograma de Asistencia

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello

Del Representante del Equipo _____

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión Fecha: /... /.....

Datos del afiliado

Nombre y Apellido N° DNI _____

N° Beneficiario/CUIL _____

Datos de la prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Tipo de jornada a realizar – Simple Doble Reducida Permanente Categoría A B C

Incluye almuerzo – Sí No Incluye Dependencia – Sí No

Monto Mensual \$ _____ Periodo: Desde _____ Hasta _____ Año _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido/ Razón Social.....

Domicilio **REAL** donde se brindara la prestación.....

Localidad..... Provincia.....

Teléfono _____ Email.....

CUIT N° _____ Condición frente al IVA.....

Cronograma de Asistencia

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello

Del Representante del Equipo _____

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

Planilla de Asistencia

A Tratamiento – 20.....

Adjuntar este Documento en “original” junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del Prestador.....

Domicilio real donde se realiza la prestación:

Dejo constancia que el Afiliado.....

Ha concurrido a Tratamiento de.....Durante el mes de.....20.....

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

Firma y Sello del Profesional Tratante _____

Firma del Titular o Tutor _____

Aclaración _____

Nº DNI _____

Firma y sello del Director Institucional _____

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada tratamiento que realice el Afiliado, y 1 (una) por cada mes.
 Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas
 Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril)= 2 Planillas

Consentimiento de Traslados

Mar del Plata,...../...../.....

Nombre y apellido.....

Obra Social..... N° Beneficiario.....

DNI..... Edad.....

Yo.....con Documento Tipo ()

Nº....., doy mi conformidad para que se lleve a cabo el **TRASLADO** a:

Cantidad de KM diarios:..... Mensuales.....

El mismo se realiza a cargo de:.....

Dependencia: SI.....NO..... Periodo:.....ade 202.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº 19.279 y sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada. Manifiesto conocer las normas del mismo y estar satisfecho/a con las explicaciones que me han brindado.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados arriba descripto.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

Presupuesto Transporte

Fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____ Tel de contacto: _____

Mail: _____ Hab Mun N° _____

Compañía de Seguro: _____ Poliza N° _____

Beneficiario:

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Afiliado N°: _____

Traslados a Prestación/Especialidad: _____

Período desde _____ hasta _____ de 202_____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km. por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del Km. _____

Monto mensual: _____

Firma y Aclaración del Transportista

Las faltas y los días feriados publicados en B.O. se tomarán como tal, descontándolo en la facturación.

Plan de tratamiento instituciones

Consentimiento

Lugar y fecha de emisión:.....

Razón social del prestador:.....

Domicilio de atención:

Localidad/Provincia:.....Teléfono:.....

Nombre beneficiario:

DNI:

PRESTACIONES A BRINDAR (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Tipo de jornada (simple o doble):.....Dependencia (s/n):

Matrícula (\$): Monto mensual (\$):

Categoría:

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
HORARIO	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

Observaciones

Firma y aclaración del responsable de la institución.....

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto
precedentemente al Beneficiario _____

Firma y aclaración beneficiario o representante _____

DNI _____

Lugar y fecha de consentimiento _____

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Plan de tratamiento especialidades individuales
Consentimiento

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad/Provincia: Teléfono:

Nombre beneficiario: DNI:

Prestación/especialidad (según mecanismo integración)	Cantidad sesiones	Monto sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS HORARIO	lunes DE / A	martes DE / A	miércoles DE / A	jueves DE / A	viernes DE / A
ESPECIALIDAD					
ESPECIALIDAD					

Observaciones

Firma y aclaración del responsable de la institución.....

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito

precedentemente al Beneficiario _____

Firma y aclaración beneficiario o representante _____

DNI _____

Lugar y fecha de consentimiento _____

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Valoración de Escala FIM

Nombre:
Edad:
N° beneficiario:

D.N.I.:
Institución:

	Actividad	Puntaje
AUTOCUIDADO		
1	Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse inferiormente (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso de baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
CONTROL DE ESFINTERES		
7	Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agente necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
MOVILIDAD		
TRANSFERENCIA		
9	Transferencias de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama, y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN		

12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
CONEXIÓN		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y /o rostros familiares)	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Puntaje

Independiente

- 7 Independiente total
- 6 Independiente con adaptaciones dependiente
- 5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)
- 4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)
- 3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)
- 2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)
- 1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Todos los ítems se deben calificar.

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita 2 ayudantes se califica con un 1.

Equipo Evaluador:

Fecha: