

PRESTACIONES EN DISCAPACIDAD



INSTRUCTIVO 2027.

Requisitos para el Programa de Cobertura para Personas con Discapacidad año 2027.

A continuación se detallan las medidas necesarias para realizar el trámite por prestaciones para personas con discapacidad, por lo que se sugiere que se presente el mismo al médico tratante para evitar demoras en la documentación.

CONSIDERACIONES GENERALES:

- Presentar la documentación de forma presencial **SIN EXCEPCIÓN** en Sede Central o Delegaciones.
- Para presentar la solicitud de prestaciones el beneficiario debe figurar con **OSPM** en el Padrón de Beneficiarios de la Superintendencia de Salud.
- Por lo dicho en el punto anterior, deben estar con la situación afiliatoria **AL DIA, SIN EXCEPCIÓN**.
- La documentación se presenta de forma **COMPLETA**, caso de tener documentación faltante tiene 60 días hábiles para presentarla. El ingreso de la documentación incompleta no implica su autorización.
- Las prestaciones se brindarán una vez emitida su autorización por el Área de Discapacidad. Por lo tanto si inician las prestaciones **SIN AUTORIZACIÓN**, resulta responsabilidad plena del prestador y del afiliado.
- La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado **NO DA DERECHO** al profesional a continuar con la prestación ni obliga a la Obra Social a cubrir el pago sin el previo análisis de la documentación presentada.
- En caso de ser necesario serán citados a una entrevista presencial o virtual por el Equipo Interdisciplinario.
- Es obligación de la madre, padre y/o tutor a cargo de informar cualquier modificación en el tratamiento o datos de afiliación (Bajas de prestaciones, cambio de domicilio, fin de cobertura, falta de cumplimiento por parte del prestador, etc.).
- Solo se cubre las prestaciones en Centros o Instituciones categorizados y con Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación.

DOCUMENTACIÓN PERSONAL DEL AFILIADO:

La siguiente documentación deberá presentarse en fotocopias sin excepción:

- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente y/o prórroga. En caso de tener el CUD vencido presentar CUD y comprobante del Turno de la junta médica. Si renuevas el CUD, presentar copia del CUD actual.
- Documento Nacional de Identidad (DNI) VIGENTE del niño/a y titular.
- Carnet de la Obra Social VIGENTE del niño/a y titular.
- En el caso de ser monotributista presentar comprobantes de pago de los últimos 3 meses.
- En el caso de estar en relación de dependencia presentar el último recibo de sueldo.
- Constancia de Alumno Regular del Ciclo Lectivo 2027, que indique turno y grado, con sello y firma legible de la autoridad del colegio y NÚMERO DE CUEANEXO.
- Conformidad Prestacional presentar el Anexo II FIRMADO (hoja 10 del instructivo).

DOCUMENTACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA:

La siguiente documentación deberá presentarse en originales sin excepción:

Resumen de Historia Clínica (hoja 11) y Ordenes Médicas deberán ser completadas por el mismo profesional todo el año (NEUROLOGO/A o PSIQUIATRA).

Escala FIM completa por el mismo NEUROLOGO/A o PSIQUIATRA (en caso de corresponder DEPENDENCIA).

LAS ORDENES MÉDICAS NO PODRAN SER COMPLETADAS POR PROFESIONALES DEL CENTRO DONDE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO.

Estado de las Órdenes médicas: Sin tachaduras ni enmiendas y completadas en su totalidad.

BAJA DE PRESTACIÓN:

¿CUANDO SOLICITARLA?

Cuando suceda algún incumplimiento del prestador, por cambio de recorrido, por motivos afiliatorios u otra razón.

Nota de baja (hoja 24): La nota de baja se realiza en la Obra Social (sede central o delegación).

Datos que debe incluir la baja:

- Nombre completo y DNI de quien firma (adulto responsable).
- Nombre completo y DNI del paciente.
- Prestación que se quiere dar de baja.
- Fecha exacta de baja (último día en que el paciente recibió atención por parte del prestador).

NOTA: Se puede presentar hasta 2 bajas anuales por prestación.

HOJA 24 BAJA- PLANILLA

REQUISITOS SEGÚN LA PRESTACIÓN SOLICITADA:

ESCUELA, FORMACIÓN LABORAL, CENTRO DE DÍA O CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO (CET).

TODA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Nivel de escolaridad:

- Pre-primario (3 a 5 años)
- Primaria (6 a 18 años)
- Formación Laboral (14 años cumplidos a 24 años inclusive).

Documentación a presentar **original** y de forma presencial:

- Consentimiento del prestador (hoja 16).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento – firmado por prestador y familia (hoja 17).

Documentación a presentar (original o copia):

- Presupuesto modelo Obra Social (hoja 18).
- Presupuesto modelo Superintendencia “anexo III” (hoja 19).

Documentación a subir en el portal (prestador):

- Plan de tratamiento e informe inicial o evolutivo.
- CBU.
- Constancia AFIP/ARCA.
- Habilitación /Categorización

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (BRINDADO POR CENTROS HABILITADOS).

TODA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Documentación a presentar **original** y de forma presencial:

- Consentimiento del prestador (hoja 16).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento – firmado por prestador y familia (hoja 17).
- Acta de acuerdo firmada por el centro, escuela y familia.

Documentación a presentar (original o copia):

- Presupuesto modelo Obra Social (hoja 18).
- Presupuesto modelo Superintendencia “anexo III” (hoja 19).

Documentación a subir en el portal (prestador):

- Plan de tratamiento e informe inicial o evolutivo.
- CBU.
- Constancia AFIP/ARCA.
- Habilitación /Categorización.

PRESTACIÓN DE APOYO (TERAPIAS INDIVIDUALES)

TODA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Límite de horas: Máximo total será de hasta 6 horas semanales. Si se requiere más horas, el caso pasa a evaluación con el Equipo Interdisciplinario o pasa a Módulos de Intervención (Módulo Integral Simple o Intensivo).

Documentación a presentar **original** y de forma presencial:

- Consentimiento del prestador (hoja 16).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento – firmado por prestador y familia (hoja 17).

Documentación a presentar (original o copia):

- Presupuesto modelo Obra Social (hoja 18).
- Presupuesto modelo Superintendencia “anexo III” (hoja 19).

Documentación a subir en el portal (prestador):

- Plan de tratamiento e informe inicial o evolutivo.
- Título.
- RNP (Registro Nacional de Prestadores) Vigente.
- CBU.
- Constancia AFIP/ARCA.
- Habilitación /Categorización.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA (EN CENTRO HABILITADO)

TODA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Edades: de 1 a 4 años.

Sesiones: Máximo de 3 sesiones semanales.

Documentación a presentar **original** y de forma presencial:

- Consentimiento del prestador (hoja 16).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento – firmado por prestador y familia (hoja 17).

Documentación a presentar (original o copia):

- Presupuesto modelo Obra Social (hoja 18).
- Presupuesto modelo Superintendencia “anexo III” (hoja 19).

Documentación a subir en el portal (prestador):

- Plan de tratamiento e informe inicial o evolutivo indicando qué terapias y qué frecuencia semanal brindarán.
- CBU.
- Constancia AFIP/ARCA.
- Habilitación /Categorización.

HOGAR (CON CENTRO DE DÍA, CON CET O PERMANENTE)

TODA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Documentación a presentar **original** y de forma presencial:

- Consentimiento del prestador (hoja 16).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento – firmado por prestador y familia (hoja 17).

Documentación a presentar (original o copia):

- Presupuesto modelo Obra Social (hoja 18).
- Presupuesto modelo Superintendencia “anexo III” (hoja 19).
- Justificación médica indicando motivos por los cuales el afiliado debe permanecer en un hogar.

Documentación a subir en el portal (prestador):

- Plan de tratamiento e informe inicial o evolutivo.
- CBU.
- Constancia AFIP/ARCA.
- Habilitación /Categorización.

TRANSPORTE

TODA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

JUSTIFICACIÓN: Deben presentar orden médica de transporte con justificación médica que indique la imposibilidad de viajar en transporte público (según LEY 24.314 artículo 22)

Documentación a presentar **original** y de forma presencial:

- Consentimiento del prestador (hoja 16).
- Consentimiento al Diagrama de Traslados – firmado por prestador y familia (hoja 20).

Documentación a presentar (original o copia):

- Presupuesto modelo Obra Social (hoja 21).
- Presupuesto modelo Superintendencia “anexo III” (hojas 22 y 23 – esta última el

cronograma lo completa el transportista y la conformidad la completa la familia).

- Mapa de recorrido impreso.
- Certificado de Domicilio en caso de no coincidir la dirección del DNI con la dirección declarada o de superar los 1500 km totales.

Nota: de superar los 1500 km totales, el caso pasa a evaluación del Equipo Interdisciplinario.

Documentación a subir en el portal (prestador):

- Licencia de Conducir VIGENTE.
- VTV VIGENTE.
- Seguro/Póliza vigente.
- Antecedentes Penales.
- CBU.
- Constancia AFIP/ARCA.
- Habilitación para el traslado de personas con discapacidad.
- Si solicita dependencia: DNI de la celadora.

FACTURACIÓN

Ingresa a nuestra Web de Prestadores: <https://www.prestadores.ospm.org.ar/>

Complete su usuario y contraseña. Si aún no cuenta con un usuario envíanos un mail a jandrea@ospm.org.ar o vveronica@ospm.org.ar con el asunto "ALTA PRESTADOR" y adjuntado en Formato JPG (imagen) o PDF:

- Presupuesto modelo Obra Social (hoja 18 para todas las prestaciones EXCEPTO transporte) (Hoja 21 SOLO transportista).
- Constancia AFIP/ARCA.
- Comprobante de CBU emitido por la entidad bancaria.

Y una vez dado de alta, deberás registrarte en el mismo portal creando usuario (CUIL) y contraseña (la que deseen).

¿En nuestra Web de prestadores que podrás visualizar?

Una vez gestionado el usuario podrás:

- Ver las autorizaciones de cada afiliado.
- Subir la documentación respaldatoria (título, RNP, Lic. De Conducir, etc.)
- Subir facturas y planilla de asistencia.
- Recibir notificaciones de observaciones en las facturas o comprobantes.

¿Cómo debo cargar mi factura?

Los prestadores deberán cargar los datos de la factura de manera manual, seleccionar en **tipo de expediente "mecanismo de integración"** que aparece en la plataforma, luego todos los datos del afiliado y datos de la prestación que otorga. Después deberán adjuntar la factura de ARCA y la planilla de asistencia (**sin excepción**).

Factura: Debe contener en su descripción nombre completo, DNI, la cantidad de sesiones o kilómetros y periodo otorgado.

Planilla de asistencia: Contamos con un modelo de planilla de asistencia (HOJA 9) para que utilicen los prestadores. Este ejemplar será optativo, pueden utilizar un modelo propio, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

Afiliado: Apellido, nombre y DNI.

Profesional: Prestador, Prestación brindada y Periodo (MES – AÑO)

¿Estados de mi factura?

- INGRESADO AL SISTEMA: El comprobante fue cargado correctamente.
- APROBADO PRESENTACION: Comprobante auditado y aprobado.
- DETALLE INCOMPLETO: Falta documentación, chequear en la factura cargada y/o en la autorización.
- TESORERIA: La factura se encuentra cargada en el sistema interno de la obra social.

IMPORTANTE

Se les informa que la carga debe realizarse del 1 al 10 de cada mes a mes vencido.

- La facturación tiene vigencia a partir del periodo autorizado, NO se reconocerán los días/meses previos a la autorización.
- Si la prestación autorizada se brinda en días feriados y/o vacaciones, NO corresponden, serán debitados.
- Prestadores tienen 90 (noventa) días de corrido (es decir 3 meses) para cargar facturas adeudadas. Pasada esa fecha, las facturas quedan sin validez (No siguen el circuito).

ACLARACIÓN:

Además, recordarles que ante cualquier duda y/o consulta deben comunicarse obligatoriamente y de inmediato **al 32200430 – interno 2002** de **facturación** para resolver el inconveniente de inmediato.

Recibos: Comunicarse al 32200430 – Interno 2008 - Tesorería.

Ante dudas y/o consultas sobre carga de facturas comuníquese vía mail a

ean@ospm.org.ar y frocio@ospm.org.ar

IMPORTANTE: Se le solicita al familiar o responsable del afiliado firmar la planilla después de otorgar la prestación.

ANEXO II- CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2027.

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de afiliado:

Yo..... (Nombre completo y DNI de quien firma) doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación.

Se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación:

Prestador:

Período de la prestación:

desde.....Hasta.....

Prestación:

Prestador:

Período de la prestación:

desde..... Hasta.....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el padre/madre/tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Teléfono:

MAIL:



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre Completo:

Nº Afiliado/DNI:

Edad:

Diagnóstico:

Periodo:a..... año.....

Fecha: / /

Firma y Sello:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre Completo:

Nº Afiliado/DNI:

Edad:

Diagnóstico:

ESCOLARIDAD (MARCAR CON X SI CORRESPONDE)

☐ NIVEL PRE-PRIMARIO (3 a 5 años)	☐ NIVEL PRIMARIO (6 a 18 años)	☐ FORMACIÓN LABORAL (14 a 24 años)
☐ Jornada Simple	☐ Jornada Simple	☐ Jornada Simple
☐ Jornada Doble	☐ Jornada Doble	☐ Jornada Doble
☐ Con Comedor	☐ Con Comedor	☐ Con Comedor

CENTROS (MARCAR CON X SI CORRESPONDE)

☐ CENTRO DE DIA	☐ CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO (CET)
☐ Jornada Simple	☐ Jornada Simple
☐ Jornada Doble	☐ Jornada Doble
☐ Con dependencia (*)	☐ Con Dependencia (*)

HOGAR (MARCAR CON X SI CORRESPONDE)

☐ HOGAR CON CENTRO DE DÍA	☐ HOGAR CON CET
☐ Jornada Simple	☐ Jornada Simple
☐ Jornada Doble	☐ Jornada Doble
☐ Permanente	☐ Permanente
☐ Con dependencia (*)	☐ Con Dependencia (*)

(*) Adjuntar ESCALA FIM

Periodo:a..... año.....

Fecha: / /

Firma y Sello:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre Completo:

Nº Afiliado/DNI:

Edad:

Diagnóstico:

PEDIDO DE INTEGRACION ESCOLAR/MAESTRO DE APOYO (MARCAR X SI CORRESPONDE)

☐ MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	☐ MODULO MAESTRA DE APOYO
Cantidad horaria semanal:	Cantidad horaria semanal:

Periodo: a..... año.....

PEDIDO DE TERAPIAS (MARCAR CON X LAS SESIONES CORRESPONDIENTES)

TERAPIAS (de 4 años en adelante)	CANTIDAD SESIONES SEMANALES
☐ Fonoaudiología	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ Kinesiología	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ Psicomotricidad	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ Psicología	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ Psicopedagogía	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ Terapia ocupacional	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

PEDIDO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA (MARCAR CON X SI CORRESPONDE)

☐ MODULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA (De 1 a 4 años)
Terapias a realizar (describir las terapias y cantidad de sesiones semanal):

Periodo:a..... año.....

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

Firma y Sello:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre Completo:

Nº Afiliado/DNI:

Edad:

Diagnóstico:

Dirección:

Teléfono:

Actividad Laboral del Adulto Responsable:

DSM IV – CIE X:

Deficiencia:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:

.....

PEDIDO DE TRANSPORTE 1

Origen (DOMICILIO):	
Destino:	
Dependencia(SI o NO) (*) :	

Periodo:a..... año.....

PEDIDO DE TRANSPORTE 2

Origen (DOMICILIO):	
Destino:	
Dependencia (SI o NO) (*) :	

(*) Adjuntar ESCALA FIM

Periodo:a..... año.....

Fecha: / /

Firma y Sello:

COMPLETAR SI CORRESPONDE.

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Nombre y Apellido:

Edad:

Diagnóstico:

MARCAR EL NÚMERO QUE CORRESPONDA Y SUMAR EL TOTAL:

AUTOCAUIDADO	PUNTAJE						
Alimentación	1	2	3	4	5	6	7
Arreglo Personal	1	2	3	4	5	6	7
Bañarse	1	2	3	4	5	6	7
Vestirse (Hemicuerpo Superior)	1	2	3	4	5	6	7
Vestirse (Hemicuerpo Inferior)	1	2	3	4	5	6	7
Aseo Perineal	1	2	3	4	5	6	7
CONTROL ESFÍNTERES							
Manejo Vesical	1	2	3	4	5	6	7
Manejo Intestinal	1	2	3	4	5	6	7
MOVILIDAD							
De la Cama a la Silla	1	2	3	4	5	6	7
A la Silla y/o Silla de Ruedas	1	2	3	4	5	6	7
Al Baño y/o Ducha	1	2	3	4	5	6	7
DESPLAZAMIENTOS							
Caminar/ Desplazarse en silla de ruedas	1	2	3	4	5	6	7
Subir/Bajar escaleras	1	2	3	4	5	6	7
COMUNICACION							
Comprensión	1	2	3	4	5	6	7
Expresión	1	2	3	4	5	6	7
DESTREZA SOCIAL							
Interacción social	1	2	3	4	5	6	7
Resolución de problemas	1	2	3	4	5	6	7
Memoria	1	2	3	4	5	6	7
TOTAL PUNTAJE							

REFERENCIAS DEL PUNTAJE (del 1 al 7):

- 1 - ASISTENCIA TOTAL (Menos del 25% de Independencia)
- 2 - ASISTENCIA MAXIMA (Más del 25%)
- 3 - ASISTENCIA MODERADA (Más del 50%)
- 4 - ASISTENCIA MINIMA (Más del 75%)
- 5 - SUPERVISION
- 6 - INDEPENDENCIA MODIFICADA
- 7 - INDEPENDENCIA COMPLETA

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

Firma y Sello:



CONSENTIMIENTO DEL PRESTADOR

Fecha: / /

Prestador:

Afiliado:

- ME NOTIFICO QUE SOLO INICIARÉ LA PRESTACIÓN A PARTIR DE QUE LA MISMA SE
ENCUENTRE AUTORIZADA FEHACIENTEMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

PRESTACIÓN	FIRMA	ACLARACIÓN



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA
SECTOR DISCAPACIDAD

RNOS Nº 1-11209 SERVICIO MÉDICO: AV CASEROS 3379 (CP 1240) CAPITAL FEDERAL – TEL 3220-0430 (INT 2002)

17

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA

R.N.O.S Nº 1-1120-9

CONSENTIMIENTO AL PLAN DE TRATAMIENTO – ESPECIALIDADES
(RESOL. Nº 887-E/17 – SSSALUD) **

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad/provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre del afiliado: _____

DNI: _____

**PRESTACION (SEGÚN MECANISMO DE INTEGRACIÓN)	CANTIDAD DE SESIONES	MONTO SESIÓN	MONTO MENSUAL

Periodo de cobertura: Desde _____ Hasta _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

CATEGORÍA:

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIOS						

Observaciones: _____

Firma Responsable De Institución

Aclaración

A completar por la familia:

Consentimiento:

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al:

Beneficiario: _____ DNI: _____

Firma del beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____

Lugar y fecha de consentimiento: _____

**Para terapias (módulo de terapias), Integración, CET, Hogar, Centro de DIA, Estimulación Tempr y escuela

MODELO DE PRESUPUESTO DE PRESTADORES

Fecha: / /

Nombre completo del afiliado:

DNI:

Prestación/ Especialidad:

Periodo: Desde..... hasta.....

Sesiones semanales:

Sesiones mensuales:

Valor de la sesión según resolución N°.....\$.....

Valor mensual:

Prestador:

N° CUIL:

Domicilio.....:

Localidad:

Teléfono fijo y/o celular:

Mail:

Condición frente al IVA:

CBU N°:Banco:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Indicar días y horarios de concurrencia.

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIOS						

ES OBLIGATORIO COMPLETAR LOS CAMPOS SOLICITADOS CON LETRA LEGIBLE

Firma:

Aclaración:

PLANILLAS – SUPERINTENDENCIA DE SALUD (ANEXO III)

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha: / /

Razón social del prestador:

CUIL/CUIT:

Domicilio del prestador:

EMAIL:

Teléfono:

Beneficiario:

DNI:

Modalidad prestacional a brindar:.....

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Periodo cobertura: Desde.....Hasta.....

En caso de corresponder:

Almuerzo: -SI -NO

Monto mensual: \$.....

Dependencia: -SI -NO

Matricula anual:.....

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por sesión:.....

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

Indicar el día y horario de asistencia a la prestación.

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						

Firma y aclaración del prestador:



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA
SECTOR DISCAPACIDAD

RNOS Nº 1-11209 SERVICIO MÉDICO: AV CASEROS 3379 (CP 1240) CAPITAL FEDERAL – TEL 3220-0430 (INT 2002)

20

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA

R.N.O.S Nº 1-1120-9

CONSENTIMIENTO – DIAGRAMA DE TRASLADOS
(RESOL. Nº 889-E/17 – SSSALUD)

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad/Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre del afiliado: _____

DNI: _____

TRASLADOS:

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM VIAJE	IMPORTE x KM	IMPORT E DIARIO
---------	---------	------------	----------	-----------------	--------------------

Dependencia: - SI -NO _____Monto mensual: _____

Periodo Cobertura: Desde _____Hasta _____

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (MARCAR CON UNA CRUZ LOS DIAS DE TRASLADO)

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

Observaciones: _____

Firma Responsable De Institución

Aclaración

A completar por la familia:

Consentimiento:

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto
precedentemente al:

Beneficiario: _____DNI: _____

Firma del beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____DNI: _____

Lugar y fecha de consentimiento: _____

MODELO DE PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha: / /

Nombre completo del afiliado:

DNI:

Prestación / Especialidad:

Periodo: Desde Hasta

Desde el domicilio: Localidad:

Hasta el domicilio: Localidad:

Prestación a la que asiste:

Cantidad de KMS diarios:

Cantidad de KMS mensuales:

Valor total mensual: \$.....

Valor del KM: \$.....

Según Resolución: Nº Dependencia: - SI - NO

Prestador:

Nº CUIL:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono fijo y/o celular:

Mail:

Condición frente al IVA:

CBU Nº: Banco:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Indicar días y horarios de concurrencia.

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIOS						

ES OBLIGATORIO COMPLETAR LOS CAMPOS SOLICITADOS CON LETRA LEGIBLE

Firma:

Aclaración:

PLANILLAS – SUPERINTENDENCIA DE SALUD (ANEXO III)

PRESUPUESTO PRESTACIONAL: TRANSPORTE

Fecha: / /

Razón social del prestador:

CUIL/CUIT:

Domicilio de la prestación:

EMAIL:

Teléfono:

Seguro/Póliza:

Nº Póliza:

Beneficiario:

DNI:

Periodo:

Desde.....Hasta.....

DIAGRAMA DE TRASLADO:

VIAJES	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	KM X VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
VIAJE 1					
VIAJE 2					
VIAJE 3					

Total de KM mensuales:

Valor del KM y resolución:

Monto Mensual:

En caso de corresponder: Dependencia: -SI -NO

Firma y aclaración del prestador:

CRONOGRAMA DE TRASLADO:

DIA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
1						
2						
3						

CONFORMIDAD TRANSPORTE:

Fecha: / /

Nombre completo del Beneficiario:

DNI del afiliado:

Yo con documento (tipo y numero).....

Doy conformidad al Diagrama de Traslados por el periodo:

desde..... hasta.....

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.

Firma:

Aclaración:.....

Documento:.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.



BAJA DE PRESTACIÓN

Guía para completar el formulario.

Por favor, completa cada campo con los datos que se indican.

Lugar:

Fecha: / /

YO (mamá/papá/tutor responsable)

.....

DNI:

En representación de (nombre y DNI del afiliado que recibe la prestación)

.....

NOTIFICO LA BAJA DE LA PRESTACIÓN (nombre y especialidad)

.....

A PARTIR DE LA FECHA

..... / /

MOTIVO DE BAJA

Explica brevemente la razón por la cual solicitas la baja de la prestación (Ejemplo Disconformidad, Fin del tratamiento)

.....

.....

IMPORTANTE: La baja se hará efectiva desde la fecha que indiques. Si tienes dudas, consúltanos antes de completar la baja.

Firma:

Aclaración.....

Parentesco: