



ASOCIACION ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE LA MARINA MERCANTE



OSPILM

INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD

2023



ASOCIACION ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE LA MARINA MERCANTE



Toda la documentación requerida por el sector de Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

IMPORTANTE: SE RECUERDA QUE EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA AL ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN QUE REALICE EL SECTOR DE AUDITORÍA EN DISCAPACIDAD. EL CUÁL SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS 07 A 10 DÍAS HÁBILES. POR TAL MOTIVO, NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

Mail de referencia para el envío de legajos.
Primero consultar afiliación de la persona con discapacidad.

OSPILM:

legajos@ospilm.org.ar

OSEMM y OSDEM:

legajosdisc@hotmail.com



DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2023 (Corroborar todo lo indicado con la Hoja de Verificación)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

DEL BENEFICIARIO

- Certificado de discapacidad vigente.
- Constancia de alumno regular o nota aclaratoria del titular en caso de no estar escolarizado.
- Conformidad por las prestaciones firmadas por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Anexo II). Ver en formularios

DEL MÉDICO

- Resúmen de historia clínica/formulario resúmen de historia clínica: firmado por médico tratante.
- Prescripciones médicas de las prestaciones comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada por médico tratante.

IMPORTANTE: LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS TIENEN QUE TENER FECHA ANTERIOR AL PERÍODO DE PRESTACIÓN SOLICITADO (Por ejemplo, si la prestación se solicita de febrero a diciembre de 2023, la fecha del pedido médico debe ser de enero de 2023 o diciembre 2022) . Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiarios,

DEL PRESTADOR

Las prestaciones pueden ser reagrupadas en:

01. Prestaciones brindadas por instituciones (escuelas especiales, centros educativos terapéuticos, formación laboral, centros de rehabilitación, centros de día, hogar, etc).
02. Prestaciones de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc).
03. Apoyo a la integración escolar (brindada por una institución).
04. Maestro de Apoyo (brindada por un profesional independiente).
05. Transporte.



01.

INSTITUCIONES

ESCUELAS ESPECIALES, CENTROS EDUCATIVOS, TERAPÉUTICOS, FORMACIÓN LABORAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, CENTROS DE DÍA, HOGAR, ETC.

Las instituciones deben encontrarse inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las Prestaciones Terapéutico-Educativas y Asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej: mar a dic 2022), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS

ALCANZADOS (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)

03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DONDE CONSTE PERÍODO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL ABORDAJE. Recordemos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

04. PRESUPUESTO

05. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD.

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

08. En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de hogar (con CET y con Centro de Día), Centro Educativo Terapéutico y Centro de Día, se deberá presentar el INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM), confeccionada por el Lic. en Terapia Ocupacional y el INFORME DEL



ASOCIACION ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE LA MARINA MERCANTE



PRESTADOR especificando los apoyos que se brindarán conforme al Plan de Abordaje Individual.

Los documentos del 1 al 4 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (en puño y letra).



02.

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Los prestadores deben encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL
Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, particular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en

el que se brindó la prestación. Ej: mar a dic 2022), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)

03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL dónde conste período, objetivos específicos y estrategias utilizadas en el abordaje. Recordamos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

04. PRESUPUESTO

05. REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP).

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

Los documentos del 1 al 4 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (de puño y letra).

Las prestaciones de rehabilitación con profesionales independientes, en el marco de prestaciones de Apoyo o Módulos de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo, se autorizarán a partir de los 3 años de edad del beneficiario.



ASOCIACION ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE LA MARINA MERCANTE

osdem
Obra Social de Músicos
RGNOS: 112806



Si el beneficiario es menor de tres años (1 a 3 años y/o 6 dependiendo el caso), deberá solicitar Módulo de Estimulación Temprana con Institución categorizada para dicha prestación.

Cualquier duda comunicarse a los mails de referencias.

**TODA LA DOCUMENTACION firmada en
PUÑO Y LETRA.**



ASOCIACION ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE LA MARINA MERCANTE

osdem
Obra Social de Músicos
RGNOS: 112806

 **OSPILM**

03.

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR “CON EQUIPO”

BRINDADO POR LA ESCUELA
DE EDUCACIÓN ESPECIAL O
CENTRO, AMBOS
CATEGORIZADOS PARA
BRINDAR ESTA PRESTACIÓN.

Las instituciones deben encontrarse inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL
Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cual consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2022), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor/Directivo de la escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo). Ver modelo en sector formularios.

04. CATEGORIZACIÓN del Centro.

05. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.



ASOCIACION ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE LA MARINA MERCANTE



04.

MAESTRO DE APOYO

BRINDADO POR UN PROFESIONAL INDEPENDIENTE.

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ
ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO
QUE SOLICITA MAESTRO DE APOYO.

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL
Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cuál consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2022), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzado.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor, Directivo de la Escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo). Ver modelo en sector formulario.

04. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional.

05. TITULO HABILITANTE (Psicopedagogas, Psicólogas, Profesora de Educación Especial, Licenciada en Ciencias de la Educación) SIN EXCEPCIÓN.

06. CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS.

07. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

08. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.



02.

PRESUPUESTO. En el mismo debe constar Diagrama de Traslados con indicación de origen y destino de cada viaje. Cantidad de km. recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta). Deberá

05.

TRANSPORTE

IMPORTANTE: EL PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE, DEBERÁ SER PRESCRIPTO Y FUNDAMENTADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN EL CUAL DEBERÁ APORTAR DATOS CLÍNICOS RELEVANTES, QUE IMPOSIBILITEN EL TRASLADO GRATUITO EN TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.

01. CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor. Conforme al Anexo II.

contener firma, aclaración y DNI del transportista y del beneficiario con discapacidad /familiar responsable/tutor. Conforme al formulario .

03. MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO (se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida/Destino y cantidad de kilómetros del recorrido).

04. HABILITACIÓN ACTUALIZADA de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado.

05. VTV DEL VEHICULO.

06. LICENCIA DEL CONDUCTOR.

07. PÓLIZA DE SEGURO.

08. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

09. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

Importante: La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años.



REQUISITOS IMPRESCINDIBLES PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

01. En caso de solicitar las prestaciones de Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo, el pedido médico debe detallar cuáles y cuántas sesiones se brindarán en el mismo.

02. Para cambio de prestador se requiere:

- Nota de solicitud de cambio de prestador.
- Toda la documentación del nuevo prestador, incluido el informe de evaluación inicial (excepto en caso de transporte). ANEXO II - Conformidad Prestación Año 2023.

03. En caso de tener autorizado CET (Centro Educativo Terapéutico), jornada doble, sólo se podrá agregar una prestación de apoyo al mismo. No se puede agregar Módulo Integral Simple o Intensivo paralelamente.

04. Todos los prestadores, sean instituciones o no, deberán presentar Informes de Evolución SEMESTRALMENTE. En los mismos, se debe detallar los logros alcanzados y las necesidades particulares evaluadas. Las necesidades educativas especiales que requieran los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran

contempladas dentro de las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidad (Res. 1328/2006 y 428/99) ÚNICAMENTE en los siguientes módulos:

- A) Integración escolar con equipo.
- B) Maestra de Apoyo. Ambos tienen por objetivo la adecuación de la currícula de aprendizaje y la metodología que el docente del colegio debe emplear.

NO ES UNA ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO. Con la integración escolar se tiende a la inclusión del niño en el aula, razón por la cual el adulto de referencia debe ser su docente y no el acompañante terapéutico.

El servicio podrá brindarse por MÓDULO de un mínimo de 8 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional. Si el niño con necesidades educativas especiales requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios para la inclusión integral del niño.



HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

<p>DOCUMENTACIÓN PERSONAL (para todos los casos) <i>Tildar lo que corresponda</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado Único de Discapacidad (vigente). <input type="checkbox"/> Constancia de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado. <input type="checkbox"/> Conformidad por las prestaciones (Anexo II). 	<p>DEL MÉDICO <i>Tildar lo que corresponda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Resumen de Historia Clínica. <input type="checkbox"/> Prescripciones Médicas. 						
<p>DEL PRESTADOR <i>Tildar lo que corresponda</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación). <input type="checkbox"/> Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas). <input type="checkbox"/> Plan de abordaje individual. <input type="checkbox"/> Presupuesto. <input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP). <input type="checkbox"/> Registro Nacional de Prestadores (RNP) <input type="checkbox"/> En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores. <input type="checkbox"/> En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M <p>En caso de solicitar Apoyo Escolar:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">CON EQUIPO</td> <td style="text-align: center;">CON MAESTRA DE APOYO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acta Acuerdo.</td> <td><input type="checkbox"/> Título Habilitante.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.</td> <td><input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.</td> </tr> </table>		CON EQUIPO	CON MAESTRA DE APOYO	<input type="checkbox"/> Acta Acuerdo.	<input type="checkbox"/> Título Habilitante.	<input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.	<input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.
CON EQUIPO	CON MAESTRA DE APOYO							
<input type="checkbox"/> Acta Acuerdo.	<input type="checkbox"/> Título Habilitante.							
<input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.	<input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.							
<p>TRANSPORTE <i>Tildar lo que corresponda</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conformidad del Diagrama de Traslados. <input type="checkbox"/> Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo. <input type="checkbox"/> Presupuesto. <input type="checkbox"/> Mapa recorrido. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP). <input type="checkbox"/> Constancia CBU emitida por el Banco. <input type="checkbox"/> VTV, licencia del conductor y póliza de seguro. 						



ASOCIACION ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE LA MARINA MERCANTE



OSPILM

FORMULARIOS

FECHA []

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

En el día de la fecha, en la ciudad [] se establece el presente acuerdo entre la Escuela [] con domicilio sito en [] representada por [], la Maestra de Apoyo/el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por [] y la familia del alumno [] con DNI [] representado por [] para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año [] Sala/Grado/Año [] Turno [] en los días y

Horarios: []

Períodos: []

La Institución Educativa y el/la Maestro/a de Apoyo/Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Min. de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

.....
Firma y sello del responsable de Escuela
Común donde se brindará la prestación

.....
Firma del padre/madre/tutor

.....
Firma y sello Maestro/a, Equipo
AIE

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Aclaración

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA [REDACTED]

BENEFICIARIO [REDACTED] DNI/LC/LE [REDACTED]

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja** de la prestación de
..... (Ej. Psicología, CET, EGB, etc.) con el profesional y/o institución
..... a partir de la fecha
Solicito nueva **alta** de dicha prestación con el profesional y/o institución
.....

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE

SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO

FECHA [REDACTED]

BENEFICIARIO [REDACTED] DNI/LC/LE [REDACTED]

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de
..... del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la
prestación (ej. fonoaudiología, psicología, transporte, EGB, etc.)
con el profesional y/o institución

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE

FECHA

FORMULARIO FIM

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras,

Completar todos los datos del formulario.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre

Documento: Tipo

N°

Edad

Sexo

Diagnóstico

	ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado	1	Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar la comida).	
	2	Aseo Personal (lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes).	
	3	Baño (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama).	
	4	Vestido parte superior (de la cintura hacia arriba así como colocar prótesis/ortesis).	
	5	Vestido parte inferior (de la cintura hacia abajo, ponerse zapatos, abrocharse y colocarse prótesis/ortesis)	
	6	Uso del baño (mantener la higiene y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata).	
Control de esfínteres	7	Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación).	
	8	Control de vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
Transferencias	9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama.	
	10	Transferencia al baño (sentarse y salir del inodoro).	
	11	Transferencia a la ducha/bañera (entrar y salir de la bañera o ducha).	
Locomoción	12	Marcha/Silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar).	
	13	Escaleras (subir y bajar escalones).	
Comunicación	14	Comprensión. Entendimiento de la comunicación auditiva o visual. (Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
	15	Expresión (Expresión clara del lenguaje verbal o no verbal).	
Conexión	16	Interacción Social (Hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites).	
	17	Resolución de problemas (Resolver problemas cotidianos).	
	18	Memoria (Habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares).	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

DEPENDIENTE	PUNTUACIÓN
Independiente total.	7
Independiente con adaptaciones.	6
Sólo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

.....
Firma y sello del
Profesional

.....
Nº Matrícula

.....
Especialidad

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Periodo: desde: _____ hasta: _____

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

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo _____ con Documento Tipo (.....) N° _____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde _____ hasta _____.

Firma: _____

Aclaración: _____

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: _____

PRESUPUESTO GENERAL

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

ANEXO II

CONFORMIDAD PRESTACIONAL	
Fecha:/...../.....	
Apellido y nombre del beneficiario:	
Número de Afiliado:	
Yo.....con Documento Tipo (.....) N°, 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 .	
1.	Prestación: _____
	Prestador: _____
	Período de la prestación: desde _____ hasta _____
2.	Prestación: _____
	Prestador: _____
	Período de la prestación: desde _____ hasta _____
3.	Prestación: _____
	Prestador: _____
	Período de la prestación: desde _____ hasta _____
4.	Prestación: _____
	Prestador: _____
	Período de la prestación: desde _____ hasta _____
Firma:	
Aclaración:	
SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:	
Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....	
Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.	
Firma:.....	
Aclaración:	
Documento:	