



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA

Sindicato de Luz y Fuerza de Córdoba
Sindicato Regional de Luz y Fuerza
Sindicato de Luz y Fuerza de Río Cuarto

R.N.O.S. 1-1090-9
Av. General Paz 282 - X5000JLP - Córdoba

0800-888-3202

Tel. (0351) 421-4633 / 4238027 / 4257767 / 4257768 / 4241384

luzyfuerzacbasalud.com.ar

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

ÍNDICE INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

Procedimiento de Solicitud de Prestaciones de Discapacidad	3
Detalle de documentación del afiliado a presentar	4
Detalle de documentación médica a presentar	5
Detalle de documentación a presentar de las instituciones o profesionales.....	6
Detalle de Documentación a Presentar para Transporte Especial	7
Casos particulares y documentación adicional.....	8
Instructivo de facturación.....	9
Pedido médico especialidades.....	11
Pedido médico instituciones.....	12
Pedido médico transporte	13
Modelo de Resumen de Historia Clínica.....	14
Planilla de Actualización de datos personales.....	15
Cronograma de tratamiento.....	16
Medida de Independencia Funcional (FIM).....	17
Planilla de Asistencia prestadores	18
Planilla de Asistencia transporte	19
Modelo Presupuesto Transporte	20
Modelo Presupuesto Instituciones	21
Modelo Presupuesto especialidades.....	22

Procedimiento de solicitud de Discapacidad

IMPORTANTE: los beneficiarios que soliciten cobertura de prestaciones por primera vez deberán requerir entrevista con la Junta de Discapacidad previo a la presentación de la documentación al mail junta@osplyfcb.com.ar o a los teléfonos 0-800-888-3202/ 425-7767/68

Para 2019 los afiliados y/o prestadores podrán acceder al INSTRUCTIVO DE DISCAPACIDAD a través de los siguientes medios:

- a- podrán descargarlo desde nuestra página web www.luzyfuerzabasalud.com.ar
- b- solicitarlo vía mail a junta@osplyfcb.com.ar
- c- retirarlo impreso en la sede de la Obra social (General Paz 282- 1º Piso- Junta de Discapacidad).

IMPORTANTE:

LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ SER PRESENTADA 20 DÍAS ANTES DE COMENZAR EL PERÍODO PRESTACIONAL. NO SE RECONOCERÁN LAS PRESTACIONES QUE NO HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADAS POR LA OBRA SOCIAL, POR LO CUAL ES INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA DAR INICIO A LAS PRESTACIONES 2019.

Paso 1. Verificación de la documentación.

- a. Se deberá presentar la documentación solicitada de manera completa en el 1º piso de la Obra Social – General Paz 282 – En el área Junta de Discapacidad. La Junta procederá al análisis de la documentación y dará el aval correspondiente para su ingreso en caso de estar **COMPLETA** o bien indicará la documentación faltante y/o las modificaciones a realizar. Luego de ello deberán presentar la documentación **COMPLETA** (según indicaciones) en el plazo máximo de UNA semana.
- b. **IMPORTANTE:** En ningún caso el envío de documentación por mail reemplazará la presentación formal en la Obra Social.

Paso 2: Evaluación y Autorización.

- c. Cada expediente será evaluado por profesionales integrantes de la Junta de Discapacidad quienes darán la autorización para poder dar comienzo a la prestación solicitada.

SE DEBERÁ CONSULTAR EN JUNTA DE DISCAPACIDAD POR LA AUTORIZACIÓN ANTES DE COMENZAR A BRINDAR LA PRESTACIÓN.

Aclaración: El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar prestaciones prescriptas, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

- **PARA UNA CORRECTA EVALUACIÓN Y POSTERIOR AUTORIZACIÓN, SE DEBERÁ PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN DEL TOTAL DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS, DE MANERA COMPLETA**
- **NO SE RECIBIRÁ DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTE TACHADURAS Y/O CORRECCIONES SIN LA RESPECTIVA ENMIENDA CON NUEVA FIRMA Y SELLO**

La documentación requerida por el Sector de Discapacidad estará sujeta a las eventuales modificaciones de las Resoluciones en vigencia emitidas por el Ministerio de Salud y/o Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

Ante cualquier duda y/o consulta comunicarse a los teléfonos de la Obra Social 0800 888 3202/ 4238027/ 4257767/68 o bien vía mail a discapacidad@osplyfcb.com.ar - junta@osplyfcb.com.ar

Detalle de la documentación del beneficiario a presentar

- Ante cualquier vencimiento del certificado de discapacidad durante el año 2019 el beneficiario deberá acreditar en la Obra Social copia del turno de renovación y nuevo certificado emitido para la continuidad de la cobertura.
- Constancia de alumno regular o certificado de concurrencia del Centro correspondiente detallando el turno al que asiste: solicitarlo a la escuela y/o institución donde concurre el beneficiario y/o reserva de vacante escolar
- Planilla de Actualización de datos del afiliado titular completa, con firma, aclaración y DNI del titular. (Adjunto en página 13)
- Cronograma indicando la distribución de todas las prestaciones en horas y días semanales (Adjunto en página 12)
- AFILIADOS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA: fotocopia del último recibo de sueldo
- AFILIADOS MONOTRIBUTISTAS: comprobantes de los últimos 6 pagos de monotributo.

Detalle de documentación médica a presentar

1. **Pedido Médico original:** El médico tratante confeccionará una R/P POR CADA UNA DE LAS PRESTACIONES solicitadas con indicación de la frecuencia semanal y su período de cobertura. (pág 15-17)
La prescripción debe ser realizada por médico CLÍNICO-NEURÓLOGO-FISIATRA- PSIQUIATRA Y/O PEDIATRA en modelos propuestos por la Obra Social.
2. **Resumen de Historia Clínica Original:** El mismo debe contar con el diagnóstico y su evolución. Deberá ser legible el nombre, apellido, nº de matrícula, firma y sello del profesional (pag 14).
3. Si se solicita concurrencia a una Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) deberá aclarar el tipo de jornada (JORNADA SIMPLE O JORNADA DOBLE)
4. En caso de solicitar DEPENDENCIA;
 - 4.1- Deberá estar aclarado y fundamentado en la prescripción.
 - 4.2- En la justificación clínica de la solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM adjunto en página 11.

Importante a tener en cuenta:

- Todas las órdenes médicas deberán presentarse en original y especificar el periodo de prestación, siendo emitidas con fecha anterior al comienzo de las prestaciones.
- Los pedidos médicos NO pueden ser realizados por un médico de la Institución en la que se realizará el tratamiento.
- Debe existir TOTAL COINCIDENCIA entre lo solicitado por el médico y el presupuesto de cada profesional y/o institución.

Detalle de documentación a presentar de las instituciones o profesionales

Nota: Se deberá completar un presupuesto por cada prestación junto con su correspondiente consentimiento.

En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad, se procederá al reclamo mediante notificación remitida a la casilla de mail o domicilio declarados por el titular o responsable a cargo, debiendo cumplimentarse dentro del plazo que allí se establezca a fin de darle curso correspondiente al expediente. Ante el incumplimiento de la presentación de la documentación solicitada, el inicio del período prestacional se pospondrá al mes siguiente.

Para Profesionales

1. Informe final año 2018.
2. Plan de tratamiento 2019 de cada especialidad: con objetivos personalizados de cada beneficiario con firma y sello de cada profesional.
3. Formulario de Presupuesto y Consentimiento POR CADA PLAN DE TRATAMIENTO según modelo propuesto por la Obra Social sin excepción. El mismo debe ser firmado por el padre, madre, tutor o encargado y por el profesional actuante. **TODO EN ORIGINAL. (pag 21)**
4. Fotocopia del título habilitante por **DUPLICADO**.
5. Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud POR **DUPLICADO. (SIN EXCEPCIONES)**
6. Constancia de inscripción en AFIP con fecha vigente.
7. Fotocopia de la primera y segunda hoja del DNI.
8. Seguro por mala praxis.
9. Constancia de CBU 2018/19 del profesional EMITIDA POR EL BANCO: La misma debe contener los siguientes datos sin excepción: N° DE CBU, membrete y/o sello del banco, tipo de cuenta (caja de ahorro, cta. corriente, cta. sueldo) N° de sucursal, N° de cuenta y C.U.I.T. **(por DUPLICADO)**

Para Instituciones

1. Informe final año 2018.
2. Plan de tratamiento 2019 de cada especialidad: con objetivos personalizados de cada beneficiario con firma y sello de cada profesional.
3. Formulario de Presupuesto y Consentimiento POR CADA PLAN DE TRATAMIENTO según modelo propuesto por la Obra Social sin excepción. El mismo debe ser firmado por el padre, madre tutor o encargado y por el profesional actuante. **TODO EN ORIGINAL. (pag 20)**
4. Dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad. Por **DUPLICADO**.
5. Categorización de la provincia por **DUPLICADO**.
6. Habilitación de RU.GE.PRE.SA por **DUPLICADO**.
7. Constancia de inscripción en AFIP con fecha vigente.
8. Seguro por mala praxis y/o Responsabilidad civil comprensiva.
9. Constancia de CBU 2018/19 de la institución EMITIDA POR EL BANCO: La misma debe contener los siguientes datos sin excepción: N° DE CBU, membrete y/o sello del banco, tipo de cuenta (caja de ahorro, cta. corriente, cta. sueldo) N° de sucursal, N° de cuenta y C.U.I.T. **(por DUPLICADO)**

Detalle de Documentación a Presentar para Transporte Especial

Transporte Especial:

Será requisito, en el pedido médico fundamentar la solicitud de la prestación con datos clínicos relevantes que justifiquen la imposibilidad del traslado gratuito en transporte público de pasajeros con un acompañante, ya sea por dificultades motoras y/o conductuales.

El reconocimiento del transporte se encuentra ligado a la imposibilidad del afiliado de trasladarse en los medios públicos de transporte automotor, por lo que tal imposibilidad debe quedar justificada en forma directa por el diagnóstico declarado en el Certificado de Discapacidad o por informe del médico tratante.

1. Formulario de Presupuesto y Consentimiento según modelo propuesto por la Obra Social sin excepción. El mismo debe ser firmado por el padre, madre, tutor o encargado y por el transportista. **TODO EN ORIGINAL.** (ver página 19)
2. Mapa de recorrido: mapa impreso que detalle el recorrido y la cantidad de km a realizar, confeccionado mediante sistema informático ej: compumap, Google maps, mapa inteligente, etc.
3. En caso de requerirse el 35% adicional por dependencia del afiliado, deberá justificarse la misma a través de Escala de Medición (ej. Escala FIM) firmada por Médico Especialista. (Ver página 11.)
4. El FIM NO ACREDITA DEPENDENCIA, ésta será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad.
5. Constancia de inscripción en AFIP con fecha vigente.
6. Fotocopia de póliza de Seguro vigente.
7. Carnet de conducir habilitado para el traslado de pasajeros vigente
8. Habilitación municipal para traslado de personas con discapacidad. (POR DUPLICADO).
9. Constancia de CBU 2018/19 del prestador EMITIDA POR EL BANCO: La misma debe contener los siguientes datos sin excepción: N° DE CBU, membrete y/o sello del banco, tipo de cuenta (caja de ahorro, cta. corriente, cta. sueldo) N° de sucursal, N° de cuenta y C.U.I.T. (por DUPLICADO).

Casos particulares y documentación adicional

Módulo de Apoyo a la integración escolar (Equipo):

- Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar: Instituciones categorizadas para la modalidad AIE, CET con Integración Escolar. Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial y Educación General Básica.
- Acta Acuerdo de integración: firmado por la escuela, padres y equipo de apoyo a la integración escolar. Adaptaciones Curriculares detallado POR ÁREAS.
- El equipo de integración escolar deberá contar con la correspondiente categorización vigente ante la Agencia Nacional de Discapacidad

Módulo Maestro de apoyo:

- El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora.
- Acta Acuerdo de integración: firmado por la escuela, padres y equipo de apoyo a la integración escolar
- Adaptaciones Curriculares detallado por áreas
- Se deberá presentar título habilitante y certificado analítico de materias.
- Las maestras de apoyo deberán contar con título de Psicopedagogas, Lic. en Psicopedagogía, Lic en Ciencias de la Educación y/o maestra especial.
- No se aceptará que el mismo profesional que brinda la prestación de maestra de apoyo otorgue prestaciones ambulatorias.

Estimulación Temprana:

- Sólo será reconocida en Centros de Estimulación Temprana categorizados para tal fin por la Agencia Nacional de Discapacidad.

Hogares, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, Pequeño Hogar:

- Se requiere Informe por Lic. en Trabajo Social justificando la necesidad de la internación.

Cambio de Prestadores:

En los casos que se solicite cambio de prestador se deberá presentar nota suscripta por el beneficiario titular solicitando dicho cambio indicando fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior y fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado. Se autorizará hasta 1 cambio de prestador por año para cada prestación.

Instructivo de facturación

1. Previo al ingreso de facturación el prestador debe suscribir convenio de prestaciones con la Obra Social.
2. La facturación debe ser presentada del **1 al 10** del mes siguiente al período de prestaciones, por la calle Santa Rosa 185 en horario de 9 a 15 hs.

Junto a la factura original debe adjuntar:

- 2.1 – Copia del presupuesto autorizado por médico auditor (el que será enviado por el área de Legales luego de completado el circuito de firmas de autoridades de la Obra Social).
- 2.2 – Planilla de asistencia firmada con la conformidad del beneficiario, titular o responsable.
- 2.3 – Informe Evolutivo mensual
- 2.4 – Dos fotocopias de la factura a presentar que será sellada y devuelta como constancia de ingreso del original a nuestra Obra Social.

IMPORTANTE: LA FALTA DE PRESENTACIÓN, PRESENTACIÓN TARDÍA O INCOMPLETA DE LA FACTURACIÓN DE ALGUNO DE LOS PRESTADORES PUEDE IMPOSIBILITAR Y/O RETRASAR EL PAGO DE LAS PRESTACIONES TANTO PARA EL INCUMPLIENTE COMO PARA LOS DEMÁS PRESTADORES.

Nota: orden de la documentación: factura + planilla de asistencia + autorización + informe + fotocopia de la factura

CONFECCIÓN DE FACTURAS Y/O RECIBOS:

*Encabezado:

- Fecha de emisión (posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario)
- Estar extendidos a nombre de: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA.
- Domicilio: AV GRAL. PAZ 282.-CORDOBA
- CUIT: 30-565846538
- Condición IVA: Exento

*En la descripción o cuerpo de la factura:

- Nombre de beneficiario causante –DNI y N° afiliado
- Periodo facturado (mes y año facturado)
- Prestación brindada (según autorización)
- IMPORTE INDIVIDUAL E IMPORTE MENSUAL
- Modalidad jornada (doble o simple)
- Categoría del establecimiento si corresponde
- Indicar si incluye dependencia
- En el caso de especialidades: cantidad de sesiones, valor unitario de las mismas - Monto individual de cada concepto y sumatoria total de las prestaciones facturadas.

*En caso de transporte debe contener:

- -Direcciones de partida y destino
- -Indicar si incluye dependencia ... SI / NO
- -Cantidad de km recorridos por viaje. Cantidad de viajes por día.
- -Cantidad de km mensuales (km por viaje por cantidad de viajes)
- -Monto individual por KM
- -Monto mensual de la prestación brindada

A) - LAS FACTURAS Y/O RECIBOS A PRESENTAR DEBEN SER TIPO “B” O “C”**B) - CONFECCIÓN DE RECIBOS CANCELATORIOS DE FACTURAS:****El mismo debe contener:**

- Fecha
- Número completo de factura que cancela e importe.
- En caso de recibo global cancelatorio de varias facturas: detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual, en caso de tener débitos; detalle de N° Nota de Débito, Fecha e Importe.
- En caso de ser pasible de retenciones de ganancias detallar la misma.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia
- Total del recibo debe coincidir con la sumatoria de las facturas canceladas y restando las Notas de Débito efectuadas por la Obra Social, en caso de corresponder.
- Firma, aclaración y sello del prestador o su representante.

C) - UNA VEZ EFECTIVIZADO EL PAGO DE PRESTACIONES POR LA OBRA SOCIAL.

- Prestadores que revisten la categoría de Responsable Inscripto ante la AFIP deben aportar el correspondiente recibo cancelatorio en los plazos previstos en el convenio que firmará el prestador con la Obra Social.
- Prestadores que revisten la categoría de Monotributistas o Exentos deberán acercarse a las oficinas de la Obra Social a suscribir la orden de pago respectiva munido de su D.N.I., en los plazos previstos en el convenio que firmará el prestador con la Obra Social.
- La falta de cumplimiento de esta obligación facultará automáticamente a la Obra Social a discontinuar el pago hasta tanto el prestador cumpla con lo aquí estipulado.

Nota: En caso de enmienda debe ser salvada con firma y sello del prestador y siempre respetar la correlatividad en las facturas o recibos.

FECHA | | |

APELLIDO

NOMBRES

DNI

Nº DE AFILIADO

EDAD

DIAGNÓSTICO

SE SOLICITA:

(CANTIDAD) SESIONES SEMANALES DE

(ESPECIALIDAD)

PERIODO

A

DE 2019

Firma de médico

Sello >

Aclaración

FECHA | | |

APELLIDO

NOMBRES

DNI

Nº DE AFILIADO

EDAD

DIAGNÓSTICO

SE SOLICITA:

JORNADA _____

PERIODO

A

DE 2019

Firma de médico

Sello >

Aclaración

FECHA | | |

APELLIDO

NOMBRES

DNI

Nº DE AFILIADO

EDAD

DIAGNÓSTICO

SE SOLICITA:

TRANSPORTE A _____

PERIODO **A** **DE 2019**

Firma de médico

Sello >

Aclaración

DATOS PERSONALES

APELLIDO	NOMBRES	
DNI	Nº DE AFILIADO	EDAD

**ANTECEDENTES Y DATOS DEL EXAMEN
MÉDICO****EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO**

DEPENDIENTE	SI NO	AUTOVÁLIDO	SI NO
--------------------	-------	-------------------	-------

DETALLAR PARA QUE ACTIVIDADES_____
Firma de médico_____
Sello >-----
Aclaración

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

FECHA | | |

DATOS PERSONALES

APELLIDO		NOMBRES	
DNI	Nº DE AFILIADO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL	

DOMICILIO

DIRECCIÓN		CÓD. POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	

DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO DEL EMPLEADOR
TELÉFONO DEL TRABAJO

DATOS DEL BENEFICIARIO AL QUE SE LE BRINDARÁ LA COBERTURA

APELLIDO		NOMBRES	
DNI	CUIL	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD	SEXO
DOMICILIO			Bº
CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	
TELÉFONO DE CONTACTO			
CORREO ELECTRÓNICO			
PARENTESCO CON EL TITULAR			

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

CRONOGRAMA CON CARGA HORARIA Y DETALLE SEMANAL DE ASISTENCIA A PRESTACIONES

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						

 Firma del padre, madre o tutor

 Aclaración

OBSERVACIÓN: Cualquier modificación de días u horarios, deberá ser comunicada a la Obra Social, mediante Nota, dirigida a la Junta de Discapacidad y al Dpto. Discapacidad, el cual será evaluado por la Junta de Discapacidad para su autorización.

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Completar sólo en los casos en que se solicite dependencia (asistencia de terceros)

FECHA | | |

APELLIDO Y NOMBRE _____

DNI _____

Deberá ser completada por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y médico especialista en Psiquiatría en caso de ser patologías mentales.

Nota : Los datos a completar en las planillas serán cotejados con Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

TABLA DE Puntuación DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE		PUNTAJE
INDEPENDENCIA TOTAL		7
INDEPENDENCIA CON ADAPTACIONES		6
DEPENDIENTE		PUNTAJE
SÓLO REQUIERE SUPERVISIÓN. N OSE ASISTE AL PACIENTE		5
SÓLO 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
ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTO-CUIDADO		
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
TRANSFERENCIAS		
9	TRANSFERENCIAS A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIAS AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIAS A LA DUCHA O BAÑERA	
LOCOMOCIÓN		
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
COMUNICACIÓN		
14	COMPRESIÓN	
15	EXPRESIÓN	
CONEXIÓN		
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

Firma de médico

Sello >

Aclaración y matrícula

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL - PRESTADOR

FECHA | | |

RAZÓN SOCIAL	CUIT
DOMICILIO	LOCALIDAD
PROVINCIA	TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DNI
---	------------

PRESTACIÓN	PERIODO (MES Y AÑO)
-------------------	----------------------------

FECHA	HORARIO	CANTIDAD DE SESIONES	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE O RESPONSABLE

INSTITUCIÓN / PROFESIONAL

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma de médico Sello >

Aclaración

Matrícula

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL - TRANSPORTE

FECHA | | |

RAZÓN SOCIAL	CUIT
DOMICILIO	LOCALIDAD
PROVINCIA	TELÉFONO
EMAIL	
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DNI
PRESTACIÓN	PERIODO (MES Y AÑO)

FECHA	HORARIO	CANTIDAD DE SESIONES	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE O RESPONSABLE

TRANSPORTISTA
PACIENTE O RESPONSABLE

Firma de Transportista

Firma

Aclaración

Aclaración

Documento

DNI

Vínculo

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE

DIAGRAMA DE TRASLADOS - CONSENTIMIENTO

LUGAR DE EMISIÓN _____ FECHA _____

RAZÓN SOCIAL	CUIT	
DOMICILIO	LOCALIDAD	
PROVINCIA	EMAIL	TELÉFONO
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DNI	

TRASLADOS					
PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DÍA	KM/VIAJE	IMP (\$) /KM	IMP (\$) /DIARIO

DEPENDENCIA (S/N)	MONTO MENSUAL (\$)
PERÍODO DE TRASLADOS, DESDE _____	HASTA _____

CRONOGRAMA DE TRASLADOS	SÓLO COMPLETA EL MÉDICO AUDITOR				
Marcar con una cruz los días de traslado					
()				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

Autorizo:					
Desde:			Hasta:		
SUR	NO SUR a/c de:				
Valor/mes \$			Dependencia	SI	NO
Km/Día:	Cant. Días:		\$ Km		

OBSERVACIONES

Firma Responsable del Transporte

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO
Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRE	Firma (Beneficiario o Representante)
DNI	
Nº BENEFICIARIO	
LUGAR Y FECHA DE CONSENTIMIENTO	Aclaración
	DNI FIRMANTE

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES

PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

LUGAR DE EMISIÓN _____ FECHA _____

RAZÓN SOCIAL		CUIT
DOMICILIO		LOCALIDAD
PROVINCIA	EMAIL	TELÉFONO
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO		DNI

PRESTACIONES A BRINDAR (Según mecanismo INTEGRACIÓN)

TIPO DE JORNADA (Simple o Doble) _____ DEPENDENCIA _____ SI NO _____

MATRÍCULA (\$) _____ MONTO MENSUAL (\$) _____ CATEGORÍA _____

PERÍODO CICLO LECTIVO DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	DE:	DE:	DE:	DE:	DE:	DE:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Autorizo:						
Desde:			Hasta:			
SUR	NO SUR a/c de:					
Valor/mes \$			Dependencia	SI	NO	
Km/Día:	Cant. Días:		\$ Km			

.....
Responsable de la Institución
.....

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRE	Firma (Beneficiario o Representante)
DNI	Aclaración
Nº BENEFICIARIO	DNI FIRMANTE
LUGAR Y FECHA DE CONSENTIMIENTO	

DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES

DIAGRAMA DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

LUGAR DE EMISIÓN _____ FECHA _____

RAZÓN SOCIAL		CUIT
DOMICILIO		LOCALIDAD
PROVINCIA	EMAIL	TELÉFONO

PRESTACIÓN / ESPECIALIDAD (Según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión	Monto Mensual
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

PERÍODO CICLO LECTIVO DESDE HASTA

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Esp	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
Esp	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Autorizo:					
Desde:		Hasta:			
SUR	NO SUR a/c de:				
Valor/mes \$		Dependencia	SI	NO	
Km/Día:		Cant. Días:	\$ Km		

.....
Responsable de la Institución
.....

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRE

DNI _____

Nº BENEFICIARIO _____

LUGAR Y FECHA DE CONSENTIMIENTO _____

Firma (Beneficiario o Representante)

Aclaración

DNI FIRMANTE