

INSTRUCTIVO PARA AFILIADOS Y PRESTADORES**CICLO 2025****IMPORTANTE**

- ✓ **La documentación corresponderá al tratamiento anual prescripto.**
- ✓ **La solicitud de las prestaciones** (a excepción de las prácticas relacionadas a la escolaridad) **no deberá estar sujeta al año calendario, se corresponderá con el período prescrito y podrá ser igual o menor a un año.**
- ✓ La documentación deberá ser firmada en forma ológrafa por el beneficiario y el prestador. **No se aceptarán documentos con tachaduras o enmiendas.**
- ✓ El legajo deberá enviarse de forma digitalizada (escaneada) y legible. **NO HACE FALTA ENTREGAR ORIGINALES.**
- ✓ La misma deberá presentarse completa, no se recibirán entregas parciales o que no cumplan con los requisitos solicitados.
- ✓ Se solicita realizar la solicitud de tratamientos con la suficiente anticipación para no provocar demoras en la auditoría administrativa y la evaluación del equipo interdisciplinario, permitiendo la eventual autorización o reorientación de los tratamientos indicados sin perjudicar el proceso terapéutico del paciente.
- ✓ La recepción de la documentación NO significará la autorización de la prestación solicitada. El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA será bajo 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 interviniente a continuar con la prestación sin la previa autorización del Agente de Seguro de Salud).
- ✓ El equipo interdisciplinario de los Agentes de Seguro de Salud y de las Empresas de Medicina Prepaga podrá requerir documentación respaldatoria adicional a la indicada en caso de considerarlo pertinente, pudiendo solicitar la modificación o adecuación de determinadas terapias.
- ✓ En caso que se produzca un cambio de profesional para una determinada práctica, deberá presentarse una nota junto con la documentación del nuevo profesional, explicando los motivos del cambio ([ver modelo adjunto](#)).

A. DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA - AFILIADOS

1. *Fotocopia de DNI.*
2. *Fotocopia del carnet del titular y beneficiario.*
3. *Último recibo de sueldo.*
4. *Teléfono y dirección de email de contacto del padre o tutor.*
5. *Certificado de discapacidad vigente emitido por Organismo Competente. Para iniciar el trámite de obtención ingresar [aquí](#).*
6. *Resumen historia clínica firmado y sellado por médico tratante.* La misma debe incluir nombre y apellido, DNI y N° de afiliado del paciente, edad, antecedentes, diagnóstico, evolución con los tratamientos realizados ([ver modelo adjunto](#)).
7. *Prescripción de las prestación firmada y sellada por médico tratante, indicando tratamiento a realizar.* Debe incluir nombre y apellido, DNI y N° de afiliado del paciente y periodo por el cual se realizará la práctica solicitada (mes de inicio, mes de finalización y año). **La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución prestadora (ANEXO II, Res 1743/24).** En caso que así sea, no se aceptará la orden y se solicitará una revisión con otro profesional.

Según la prestación brindada deberá incluir las aclaraciones correspondientes, por ejemplo:

- **Centro de día, CET, Escolaridad, Formación laboral.** Especificar tipo de jornada (simple o doble).
- **Hogar y Residencias.** Indicar estadía (permanente o de lunes a viernes).
- **Prestaciones de apoyo, estimulación y/o rehabilitación.** Indicar terapia (Fonoaudiología, Kinesiología, Psicología, etc) y cantidad de sesiones semanales por especialidad.
- **Integración escolar.** Especificar si se trata de un Módulo Maestra de apoyo o Integración escolar en equipo.
- **Transporte.** Deberá especificar origen y destino (ejemplo: de domicilio a terapias, de domicilio a escuela, etc.). **EN LA PRESCRIPCIÓN SE DEBERÁ JUSTIFICAR LA IMPOSIBILIDAD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN TRANSPORTE PÚBLICO (caso contrario, se rechazará la solicitud).**

8. *Consentimiento informado* para cada una de las prestaciones, firmado por el padre, tutor o responsable y el prestador elegido para realizar la práctica. Debe utilizarse el formulario adjunto según Res 1743/24, Anexo III ([ver modelo adjunto](#)).
9. *Certificado de alumno regular*. Se solicitará en caso que el afiliado solicite autorización para las siguientes prácticas: *Prestación de apoyo* (una sola prestación de rehabilitación con un máximo de 6 sesiones semanales), *Apoyo la integración escolar* (ya sea con maestra integradora o equipo interdisciplinario), *Transporte y/o Alimentación* (estas últimas en caso que sean secundarias a la escolaridad).
10. *Informe social*. SOLO REQUERIDO PARA PRESTACIONES DE HOGAR (EN TODAS SUS MODALIDADES) Y PEQUEÑO HOGAR. Este documento debe avalar su necesidad asistencial y debe ser confeccionado por un Licenciado en Trabajo Social.
11. *Constancia de domicilio policial o acreditada por Licenciado en Trabajo Social* (SOLO EN CASO DE SOLICITAR TRASLADO/S MAYOR/ES A 1500 KM DE RECORRIDO TOTAL) **Este deberá adjuntarse junto con un informe médico fundamentando el motivo del recorrido.**

B. DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA – PRESTADORES

1. DOCUMENTACIÓN GENERAL (TODAS LAS PRESTACIONES)

- Presupuesto en el que deberán constar datos del prestador (CUIT, domicilio de atención, teléfono de contacto, dirección de mail, etc.), costo por sesión, día o km según corresponda, costo total mensual, firma y sello del prestador ([ver modelo adjunto](#)).
- Cronograma con días y horarios en los que se llevarán a cabo las sesiones/prácticas (puede estar incluido en el presupuesto).
- Plan de abordaje individual, indicando período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje y estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, **firmado y sellado por el prestador**. El plan de trabajo debe estar redactado a conciencia y ajustarse a las necesidades de la persona con discapacidad.
- Informe inicial (SOLO EN CASO DE COMENZAR CON UNA NUEVA PRESTACIÓN) en la cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

- Informe evolutivo (EN CASO DE CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN) en el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados.
- Informe semestral de la prestación (CADA 6 MESES A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN).
- 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, para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para Rehabilitación, Estimulación temprana y otros vigentes de atención sanitaria (ya sean profesionales o instituciones).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de CBU y datos de la cuenta bancaria. Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. En caso que se declarase un CBU de distinta titularidad, se solicitará documentación específica que acredite la situación y que refleje en forma fehaciente la recepción del pago y conformidad del prestador (ANEXO II, Res. 1743/24).
- Planillas de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá contener información detallada en ítem 3-punto III.

SOLICITUD DE DEPENDENCIA **(PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES A 6 AÑOS)**

- Las prestaciones de Hogar, Hogar con CD, Hogar con CET, Centro de día, Centro Educativo Terapéutico deberán presentar informe cuantitativo y cualitativo de la Escala FIM (Medición de Independencia Funcional) confeccionada por un Licenciado en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.
- La prestación de Transporte requerirá informe cuantitativo y cualitativo de la Escala FIM (Medición de Independencia Funcional) confeccionada por médico tratante o Licenciado en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

2. DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA (SEGÚN PRESTACIÓN)

a) SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MAESTRO DE APOYO

- *Certificado de alumno regular vigente* emitido por la escuela dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo (ya mencionado anteriormente).
- *Acta acuerdo de integración*, firmado por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Debe presentarse dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo ([ver modelo adjunto](#)).
- *Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular* en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.
- *Para la prestación “Maestro de apoyo” deberán presentar el título habilitante y analítico de materias* (en estos casos, la práctica deben llevarla a cabo maestros especiales o licenciados en psicopedagogía).

LA PRESTACIÓN EN EQUIPO TIENE UNA CARGA HORARIA MÍNIMA DE 32 HS MENSUALES Y LA DE MAESTRO DE APOYO DE 24 HS MENSUALES (EN CASO DE MENOR CARGA HORARIA CORRESPONDE ARANCEL MAESTRO DE APOYO POR HORA S/NOMENCLADOR).

ESTAS PRÁCTICAS SOLO SERÁN AUTORIZADAS SI EL /LA AFILIADO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO/A EN ESCUELA COMÚN.

b) TRANSPORTE

- *Presupuesto en el cual conste diagrama de traslados* con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad, familiar o tutor/responsable ([ver modelo adjunto](#)).
- *Conformidad del diagrama de traslados* firmada por la persona con discapacidad, familiar o responsable/tutor ([ver modelo adjunto](#)).
- *Habilitación para el transporte de pasajeros.*
- *Póliza de seguro* actualizada.
- *Verificación técnica vehicular (VTV).*
- *Licencia de conducir* del chofer o de los choferes a cargo del vehículo.
- *Planilla de traslados* ([ver modelo adjunto](#)).

3. FACTURACIÓN

- ✓ *La factura deberá ser emitida del 1 al 5 de cada mes posterior al mes de prestación y deberá ser presentada por medios digitales sin excepción antes del día 8 de cada mes.*
- ✓ *En caso que el profesional se demore en la presentación, el pago sufrirá demoras en su liquidación.*
- ✓ ***Las facturas deberán ser enviadas a mes vencido, en formato PDF original, con QR legible según exige Res. 4892/20 de la AFIP. NO SE PODRÁN ENVIAR FOTOS O DIGITALIZACIÓN DE FOTOCOPIA.***
- ✓ *Solo se reconocerá facturación retroactiva a 2 meses del mes calendario en curso.*
- ✓ *La fecha de conformidad, los planes de abordaje, el diagrama de transporte y la aprobación de estos por parte del agente de seguro de salud deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera factura.*
- ✓ *Es responsabilidad exclusiva del prestador entregar las facturas en condiciones de ser liquidadas.*

I. DATOS DEL RECEPTOR

- Razón Social: OBRA SOCIAL DE BOXEADORES AGREMIADOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA (OSBARA).
- CUIT: 30-65635676-2.
- Domicilio: TALCAHUANO 109 6TO D (CABA).
- Condición frente al IVA: Sujeto exento.
- Condición de venta: Cuenta corriente.
- El periodo facturado debe coincidir con el mes en que se otorgó la prestación.

II. DETALLE DE LA FACTURA

- *Datos personales* del beneficiario. Nombre y apellido, DNI o CUIL.
- *Detalle de la prestación* según nomenclador de prestaciones básicas. En caso de:

- **PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:** especificar cantidad de sesiones realizadas y práctica otorgada (Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicomotricidad, Psicología, etc.);
- **CET, ESCUELAS Y CENTRO DE DIA:** detallar si se trata de jornada simple o doble y categoría;
- **TRANSPORTE:** indicar dirección de partida y llegada, cantidad de viajes por día y mes, cantidad de km recorridos por viaje y por mes, valor del km, subtotal y total de todos los conceptos facturados.

En caso de facturar **traslados de tramo corto** (recorridos menores a 12 km, ida y vuelta), deberá calcular el total a facturar tomando como base 12 km diarios.

- *Periodo de prestación* en el cual fue otorgada la práctica (mes/año).
- *Valor unitario* de la prestación en caso que corresponda (por sesión, hora, día, etc.).
- Si corresponde *dependencia o aplicar proporcional por zona desfavorable*, debe estar aclarado en el concepto de factura (solicitamos desglosar el monto individual correspondiente a estos cargos).
- *Subtotal y total* de todos los conceptos facturados.

III. PLANILLA DE ASISTENCIA/TRASLADOS

- La planilla de asistencia/traslado correspondiente al periodo facturado deberá ser enviada junto con la factura, **en archivos separados**. Esta es condición excluyente para el pago de la factura.
- La PA deberá contener los datos del prestador (razón social, domicilio, mail, teléfono), datos del beneficiario (Apellido y Nombre, DNI), prestación brindada, prestación de destino (en caso de traslado), periodo facturado y esquema de días/horarios de concurrencia del beneficiario ([ver modelos adjuntos debajo](#)).
- Cada sesión brindada **debe estar firmada por ambas partes** de forma ológrafa.
- Al final de la planilla, deberá constar: firma y sello del profesional y firma, aclaración, DNI y vínculo del tutor/responsable del afiliado.
- **NO se aceptarán documentos ilegibles, con tachaduras o enmiendas.**

IV. RECIBO CANCELATORIO (en caso que corresponda, una vez cobrada la prestación).

- Fecha y datos del receptor según ítem I.
- Número completo de factura/s que cancela e importe individual por factura.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de transferencia.
- Importe total recibido (verificar que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas).
- Firma y aclaración del prestador (ológrafo o digital).

ANEXO - FORMULARIOS MODELO

I. Resumen de Historia Clínica.....	10
II. Conformidad prestacional.....	11
III. Presupuesto prestacional.....	12
IV. Presupuesto Transporte. Diagrama de traslados. Conformidad.....	13
V. Acta de acuerdo de apoyo a la integración escolar (equipo).....	14
VI. Planilla de asistencia a institución.....	15
VII. Planilla de asistencia a tratamientos.....	16
VIII. Planilla de asistencia a inclusión escolar.....	17
IX. Planilla de traslados.....	18
X. Solicitud de cambio de prestador.....	19
XI. Informe FIM.....	20

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha : __/__/__	Lugar:
DATOS DEL AFILIADO	
Nombre y apellido:	
Tipo de documento	Nro de documento/CUIL:
Fecha de Nacimiento: __/__/__	Domicilio:
Obra Social/ Prepaga:	
DIAGNÓSTICO	
ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y/O EDUCATIVAS	
PARÁMETROS FUNCIONALES ACTUALES	
EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO	
<i>Firma y sello del médico</i>	

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Nombre y apellido del afiliado:

CUIL:

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.

Prestación:
Prestador:
Desde: Hasta:

Prestación:
Prestador:
Desde: Hasta:

Prestación:
Prestador:
Desde: Hasta:

Prestación:
Prestador:
Desde: Hasta:

Prestación:
Prestador:
Desde: Hasta:

Prestación:
Prestador:
Desde: Hasta:

Firma:

Aclaración:

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 familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalla das precedentemente.

Firma: Aclaración: DNI:

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

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: _____

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:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

 FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: 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, deo 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: _____

ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

Institución/equipo:.....

Afiliado :.....Documento:.....

Lugar donde se realiza la integración:.....

Concurrencia del afiliado a la escuela común

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Concurrencia del profesional a la escuela común

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

La institución educativa y la Maestra Integradora/Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a:

- Atender al niño/a 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 Ministerio de Educación,
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria,
- Ser acompañantes activos del proceso de aprendizaje,
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción,
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados,
- Sostener que el alumno/a mantenga 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.

La no continuidad del alumno/a en el Proyecto de Integración escolar será evaluado por la Escuela y la Maestra Integradora/EAIE, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por incumplimiento de los ítems mencionados precedentemente, lo cual será debida y oportunamente informado y explicitado, falta de progreso significativo en el aprendizaje, modificaciones importantes en la conducta.

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y damos nuestro consentimiento.

Firma y sello del Establecimiento Educativo común	
Firma y sello del Equipo Integrador - Maestro de apoyo	
Firma y aclaración de Padre o Tutor	

Planilla de Asistencia a Institución

(EGB, CET-C, DÍA - etc.)

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 la Institución durante el mes de

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Firma y Sello del Director Institucional

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada mes.

Planilla de Asistencia a Tratamiento

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

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° 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.

Planilla de Asistencia de Inclusión Escolar

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

Profesional Mes

Escuela común donde se realiza la Integración

Domicilio real donde se realiza la prestación

Nombre y Apellido del Afiliado DNI

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Firma y Sello del Director Institucional

Planilla de Traslados

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

Razón Social del Transporte

Dejo constancia que el Afiliado

Con domicilio en Fue trasladado durante el mes de

Hacia la prestación de Con domicilio en

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Importante:

Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada
Destino que realice el Afiliado.
Ejemplo: Traslado a Escolaridad + Traslado a Kinesiología
= Adjuntar 2 Planillas.

Solicitud de Cambio de Prestador

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha **Datos del Beneficiario**Nombre y Apellido N° DNI Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja de la prestación de:**..... a cargo de
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)..... a partir del día
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de:

..... a cargo de
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)..... a partir del día
(Nombre del profesional y/o institución)y por el período Firma del
Beneficiario o
del Representante

Aclaración del firmante

Parentesco

N° DNI del firmante

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido del beneficiario causante:

D.N.I:

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	<u>Autocuidado</u>	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		<u>Control de esfínteres</u>	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		<u>Movilidad</u>	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
		11. Traslado en bañera o ducha	
	<u>Ambulación</u>		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo 35 puntos	<u>Comunicación</u>	
14. Comprensión			
15. Expresión			
<u>Conocimiento social</u>			
16. Interacción social			
	17. Solución de problemas		
	18. Memoria		
Total			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:.....

D.N.I:

N° DE AFILIADO:.....

JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA EN:.....

Evaluación global – Datos relevantes para la modalidad

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuro-psicológica realizada, los niveles funcionales neuro- locomotores y cognitivos del paciente:

Firma y sello de los profesionales intervinientes