



Instructivo Discapacidad OSPJTAP 2024

El presente instructivo detalla las pautas y requisitos que deben presentar los beneficiarios para poder dar curso a un nuevo tratamiento.

Se recuerda que el ingreso de la documentación NO implica en si misma su autorización, ya que esta se encuentra sujeta al análisis y la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

Toda la documentación requerida por el sector de Programas Especiales para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones emanadas de Normativas vigentes.

Ud. verá que dentro del presente instructivo encontrará primeramente los requisitos del afiliado y del médico que es común a todas las prestaciones y luego se encuentra dividido según prestaciones de rehabilitación, educativas y transporte. Solo deberá presentar la documentación requerida en las prestaciones que solicita.

El presente instructivo detalla las pautas y requisitos que deben presentar los beneficiarios para poder dar curso a un nuevo tratamiento.

¿Cómo debe presentarse la documentación?



IMPORTANTE

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales al email:

discapacidad@jt.com.ar

La documentación que no es legible o que el equipo de auditoría crea que no va a poder ser presentada ante Superintendencia de Servicios de Salud será motivo de rechazo y deberán presentar nuevamente sin excepciones.

Documentación del socio

- 1- Fotocopia del DNI del beneficiario y el titular. (Frente y dorso).
- 2- Fotocopia de la credencial del beneficiario y del titular (Sujeto a vigencia de padrón).
- 3- Fotocopia de los tres últimos recibos de haberes mensuales (Empleados en relación de dependencia). Fotocopia de los tres últimos comprobantes de pago (Monotributistas).
- 4- Fotocopia de certificado de discapacidad VIGENTE autenticada por autoridad competente.
- 5- Consulta de empadronamiento en ANSES que se encuentre actualizada (CODEM) en el mismo deberá figurar el afiliado como discapacitado.
- 6- Constancia de alumno regular del año en curso emitida a la Obra Social. En caso de no encontrarse escolarizado deberá presentar Anexo correspondiente. Tienen plazo de presentación hasta 60 días corridos desde el comienzo de clases.
- 10- Conformidad informado, una por cada servicio (Planillas Adjuntas, según prestación solicitada).
- 11- Cronograma de actividades indicando la distribución de todas las actividades pautadas (Planilla Adjunta).

Documentación emitida por el médico:

- 1- Resumen de Historia Clínica. (Planilla Adjunta).
- 2- Pedidos Médicos. (Planilla Adjunta).



IMPORTANTE

La documentación anterior debe confeccionarse teniendo en cuenta los formularios entregados por la obra social y detallada a continuación, sin excepción.

La fecha de emisión debe ser anterior al inicio de la prestación y el período solicitado para el servicio requerido.

Estas prescripciones NO pueden ser realizadas por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Deben ser completados por médico Neurólogo o Fisiátra.

Prestaciones de rehabilitación ambulatoria

Definición: Está destinada a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia - Kinesiología.
- Terapia ocupacional.
- Psicología.
- Fonoaudiología.
- Psicopedagogía.
- Psicomotricidad
- Otros tipos de atención reconocidos por la autoridad competente.

Modalidad de cobertura:

a) Módulo de tratamiento integral intensivo: Deberán distribuirse las distintas especialidades en tres días de la semana.

b) Módulo por tratamiento integral simple: Deberán distribuirse las especialidades en dos días a la semana.

Además de la documentación del socio y del médico que es común a todas las prestaciones, deberán presentar los siguientes requisitos:

Documentación emitida por el prestador

1- Evaluación inicial. En el mes de julio del año 2024 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación, y debe ser un informe por prestación).

2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación). Se completa una por cada especialidad que conformen el módulo.

3- Instituciones categorizadas:

- Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación,
- Fotocopia de categorización emitida por Junta de Discapacidad,
- Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
- Constancia de AFIP vigente.

4- Prestadores Particulares:

- Fotocopia de DNI (Primera y segunda hoja), Fotocopia de Título habilitante.
- Fotocopia de Póliza de Seguro de Mala Praxis.
- Constancia de AFIP vigente.
- Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).

5- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta). Uno por especialidad.

6- Para ambos casos constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU deben estar a nombre del prestador que emite la factura.

7- Consentimiento informado. Planilla adjunta Especialidades en caso de ser prestadores particulares, si la rehabilitación se realiza en un centro categorizado planilla adjunta Instituciones.

Módulo Centro Educativo - Terapéutico:

Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Puede requerir dependencia.

¿Qué modalidades presenta?

Los módulos de centro educativos terapéuticos se brindan diariamente en Jornada simple o Doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contra turno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

¿Qué es la dependencia y formulario FIM?

Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación, etc. conforme el índice de independencia funcional (FIM).

La escala FIM debe ser confeccionada por profesional idóneo, es decir, un Lic. en Terapia Ocupacional.

No se aceptarán escalas FIM que hayan sido completadas por otros especialistas.

El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años de vida con escala FIM, antes se debe hacer con escalas específicas.

El FIM no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Además de la documentación del afiliado y el médico que es común a todas las prestaciones deberá presentar:

Documentación del prestador

- 1- Evaluación inicial. Solo si es una nueva prestación para el afiliado En el mes de julio del año 2024 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 3- Instituciones Categorizadas:
 - Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.
 - Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.
 - Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
 - Constancia de AFIP vigente.
- 4- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta). Recordar que se deberá especificar si es Jornada Simple o Doble, categoría del centro (A - B - C) y si requiere o no dependencia.
- 5- Escala FIM si se solicita dependencia. Planilla adjunta
- 6- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura
- 7- Consentimiento informado. (Planilla Adjunta Instituciones).

Módulo de Estimulación Temprana:

Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.

¿Qué población abarca?

Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

¿Quiénes pueden brindar la prestación?

Centros de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

Además de la documentación del afiliado y el médico que es común a todas las prestaciones deberá presentar:

- 1- Evaluación inicial. En el mes de julio del año 2024 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 3- Instituciones Categorizadas:
 - Fotocopia de Habilidad del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.
 - Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.
 - Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
 - Constancia de AFIP vigente.
- 4- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta).
- 5- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o empresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura.

RECORDAR: De 0 a 1 año la estimulación temprana es cubierta por el Plan Materno Infantil PMI

Prestaciones educativas

Educación inicial

Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.

Educación General Básica

Definición: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.

Formación Laboral

Definición: Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos especiales competentes en la materia.

La población autorizada son adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica aproximadamente. Las personas discapacitadas entre los 24 y 45 años de edad, con discapacidad adquirida después de esa edad, podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

Además de la documentación del afiliado y el médico que es común a todas las prestaciones deberá presentar:

Documentación del prestador

- 1- Evaluación inicial Solo si es una Prestación Nueva para el afiliado. En el mes de julio del año 2024 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre (Hoja separada del resto de la documentación).
- 2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 3- Instituciones Categorizadas:
 - Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.
 - Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.
 - Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
 - Constancia de AFIP vigente.
- 4- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta).
- 5- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o empresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura.
- 6- Consentimiento informado. (Planilla adjunta Instituciones).

Apoyo a la Integración escolar (equipo) - Maestro de Apoyo

Definición: Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

¿Qué diferencia hay entre Integración escolar en equipo y un Maestro de apoyo?

La diferencia es que mientras a la Integración escolar en equipo es brindada por equipos técnicos interdisciplinarios, conformados por profesionales y docentes especializados en el apoyo pedagógico dentro de un centro habilitado, el módulo maestro de apoyo es brindado por un Licenciado en Psicopedagogía de forma particular.

¿Qué población abarca?

Abarca una población entre los 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

¿Los módulos tienen un mínimo de horas?

Sí, el módulo de integración escolar en equipo implica una carga horaria mínima de 32 hs. mensuales. Mientras el módulo maestro de apoyo tiene un mínimo de 24 hs, mensuales, si esta carga horaria es menor se considerará la prestación a valor hora de Maestro de Apoyo.

RECORDAR: Tanto la constancia de Alumno Regular como el acta acuerdo, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo. Sin excepciones

Además de la documentación del afiliado y el médico que es común a todas las prestaciones deberá presentar:

Documentación del prestador

- 1- Evaluación inicial. En el mes de julio del año 2024 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 3- Proyecto Pedagógico Individual (PPI).
- 4- Acta Acuerdo (Planilla Adjunta). Deberá ser firmada en original por un representante de la institución a cargo de la Integración escolar, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del socio (todas las firmas y sellos en original).
- 5- Instituciones Categorizadas:
 - Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.
 - Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.
 - Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
 - Constancia de AFIP vigente.
- Psicopedagoga particular:
 - Fotocopia de DNI (Primera y segunda hoja), Fotocopia de Título habilitante.
 - En caso de Maestra de Apoyo, Análítico con materias aprobadas además del Título.
 - Fotocopia de Póliza de Seguro de Mala Praxis.
 - Constancia de AFIP vigente.
 - Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
- 6- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta).
- 7- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura.
- 8- Consentimiento informado. (Planilla adjunta Instituciones).

Información importante

1

¿SE ACEPTA DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA?

No, bajo ningún concepto se aceptará documentación incompleta, mal confeccionada, enmendada. Cualquier inconsistencia detectada con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente al actor responsable y el expediente quedará stand-by hasta su corrección

2

¿QUÉ DEBO HACER SI SE SUSPENDE EL TRATAMIENTO?

Cuando un beneficiario no lleve a cabo su tratamiento conforme a lo autorizado deberá notificarse a la obra social por escrito el/los motivos de la suspensión.

3

¿PUEDO COMENZAR EL TRATAMIENTO Y QUE ME LO AUTORIZEN DESPUÉS?

No, la Obra Social solo brindará cobertura a los tratamientos a partir del momento en que se encuentren autorizados. En ningún caso se cubrirán tratamientos previos ya iniciados.

Centro de Orientación y/o Coordinación de Servicios

Los afiliados pueden evacuar sus dudas, consultar instructivos o coordinar cita:

Centro Médico OSPJTAP

Dirección: Caseros 636

Email: discapacidad@jt.com.ar

Whatsapp: +54 9 3518 19-7553

Procedimiento para consulta con equipo interdisciplinario

Los afiliados deben enviar un email a **discapacidad@jt.com.ar** o dirigirse personalmente a **Centro Médico OSPJTAP** ubicado en **Caseros 636** para poder coordinar entrevista con equipo interdisciplinario de la institución.

Procedimiento para Autorizaciones de Discapacidad

La Res. N° 1731/2021 de la SSSalud publicada en el Boletín Oficial establece las pautas para la presentación de solicitudes de prestaciones para las personas con discapacidad, ante los Agentes del Seguro de Salud y/o Entidades de Medicina Prepaga para el año 2023. De acuerdo a la misma se establece que el procedimiento para las autorizaciones de un tratamiento de Discapacidad es el siguiente: El afiliado debe enviar el instructivo de Discapacidad con todos sus requisitos completos por email a **discapacidad@jt.com.ar** luego el legajo comienza la instancia de Auditoría por el equipo interdisciplinario y si es aprobado se envían por Email las autorizaciones firmadas para que el afiliado pueda comenzar su tratamiento.

¿Por dónde se realizan comunicaciones de cambios de cartilla o en la operatividad?

Los cambios y/o actualizaciones en cartilla o en la operatividad del área se informan periódicamente en nuestra página web **www.ospjt.com.ar** en donde pueden descargarse las cartillas actualizadas y visualizar cualquier tipo de cambio que afecte a la operatividad del área.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellido y nombre:

DNI:

Diagnóstico:

Indicación médica:

Periodo:

Fecha:

(Firma y sello médico tratante)



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente: _____ DNI: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de salud: _____

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc.: _____

Evolución del último año de tratamiento: _____

HOJA 2

Estado Actual: _____

Medicación: _____

Plan terapéutico: _____

Firma y Sello
del profesional tratante

Firma y Sello
del médico auditor



CONFORMIDAD PRESTACIONAL OSPJTAP

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 COMPLETAR:

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:



FIM (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

Córdoba.....de.....de

Datos de Identificación

Obra Social O.S.P.J.T.A.P(RNOS:002402)

Apellido y Nombre.....

DNI.....Edad.....Sexo.....

Diagnostico.....

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

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

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

SITUACION	PUNTAJE
Independiente total.	7
Independiente con adaptaciones.	6
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. El paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. El paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. El paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. El paciente aporta menos de 25%	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERA	
	COMUNICACIÓN	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	



	CONEXIÓN	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	

Observaciones.....
.....

Justificación adicional por dependencia. Evaluación global, datos relevantes para la modalidad.

.....
.....
.....

CONCLUSION: El beneficiario Requiere / No requiere dependencia

Firma y sello.....



PRESUPUESTO MÓDULO: APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - MAESTRA/O DE APOYO

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

Datos del afiliado

Nombre y apellido:
DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:	
Período:	Año:
Cantidad de horas mensuales:	Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:	
Teléfono:	Email:
CUIT:	
Domicilio:	

Actividad áulica

Escuela común:
Domicilio:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:



PRESUPUESTO MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / INTENSIVO

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

Datos del afiliado

Nombre y apellido:
DNI:

Datos de la prestación

Módulo Integral Simple:	Módulo Integral Intensivo:
--------------------------------	-----------------------------------

Prestaciones a brindar: (aclarar sesiones semanales de cada una)
1-
2-
3-
4-
5-

Período:	Año:
----------	------

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:	
Teléfono:	Email:
CUIT:	
Domicilio de la prestación:	

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:



PRESUPUESTO PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

Datos del afiliado

Nombre y apellido:
DNI:

Datos de la prestación

Modalidad prestacional a brindar:

Jornada Simple:	Jornada Doble:	Categoría	A:	B:	C:
------------------------	-----------------------	------------------	-----------	-----------	-----------

Alimentación	Si:	No:	Dependencia	Si:	No:
---------------------	------------	------------	--------------------	------------	------------

Período:	Año:
----------	------

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:	
Teléfono:	Email:
CUIT:	
Domicilio de la prestación:	

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:



PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Período:

Año:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por sesión:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente deixo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:



CONSTANCIA

Dejo constancia que
en carácter dedel afiliado/a.....
..... he retirado o recibido en el día de la fecha los
instructivos para cumplimentar con la documentación
necesaria para llevar a cabo el tratamiento correspondiente
en el año 2024.

Firma.....

Aclaración

DNI

Fecha