

## INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

### DOCUMENTACIÓN BÁSICA

#### DEBERÁ PRESENTAR:

- **Resumen de Historia Clínica**, realizada por el médico tratante, con firma y sello del profesional. La misma deberá estar confeccionada en el formulario que adjuntamos, incluyendo la siguiente información:

- Fecha
- Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
- N° de DNI
- Edad del socio
- Sexo
- Nacionalidad
- Domicilio
- Nombre y Apellido de la Madre, Padre, Tutor o Encargado

Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso, lo encontrará en el **ANEXO I**

- **Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad**. Dicho certificado deberá estar vigente. Si estuviera vencido deberá adjuntar una fotocopia del comprobante del turno para su renovación.

- **Constancia de alumno regular** año 2015, si se solicitaren prestaciones educativas.

- **Cronograma de Asistencia a Prestaciones solicitadas**, indicando días, horarios y duración de las sesiones. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso, **ANEXO VI**.

- **Tabla FIM** (Medida de Independencia Funcional), tendrá que presentarlo sólo para casos de pacientes dependientes, **deberá ser completado y firmado por el médico tratante**. UTILIZAR FORMULARIO FIM **ANEXO II**, COMPLETARLO EN SU TOTALIDAD INCLUYENDO LA ESCALA NUMÉRICA DE PUNTUACIÓN.

### IMPORTANTE

1. **Debe entregar toda la documentación completa.**
2. "Si en años anteriores las prestaciones por Discapacidad fueron brindadas por su Obra Social; para el año 2015 deberán renovar la autorización según los circuitos establecidos por la Obra Social correspondiente".
3. Cabe destacar que se considera persona discapacitada dependiente a toda persona que requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana: higiene, vestido, alimentación. El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años.
4. **El Resumen de Historia Clínica y la Orden Medica NO pueden ser realizados por un medico de la institución en la que realizara el tratamiento y tienen que estar confeccionados por separado.**
5. Recuerde si en el Resumen de Historia Clínica tiene una Dependencia Funcional deberá adjuntar Tabla FIM (Anexo II).
6. Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador presupuesta y detalla en el plan de trabajo.
7. En el Resumen de Historia Clínica detallar módulos y prestaciones solicitadas con indicación de Prestador (individual o institución) que llevara adelante el tratamiento, razón social y domicilio de atención, modalidad de concurrencia(días, horarios) y modalidad de asistencia (jornada simple o doble)

4. En el resumen de Historia Clínica para las modalidades de Modulo de Maestra de Apoyo / Modulo de Apoyo a la Integración Escolar se deberá especificar: Nombre completo y domicilio de la institución educativa donde realiza la prestación-
5. CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO la edad para la concurrencia es entre los 4 años y 24 años.
6. Las coberturas de prestaciones por DISCAPACIDAD caducaran el 31 de diciembre de 2015, debiéndose retirar nuevamente el INSTRUCTIVO VIGENTE para la renovación del próximo año.
7. Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad, para solicitar la cobertura de las prestaciones está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud
8. Eventualmente la Auditoria Medica solicitara documentación/información ampliatoria por las prestaciones solicitadas.
9. Todo cambio de profesional tratante deberá ser solicitado y justificado por el médico de cabecera y presentar toda la documentación del nuevo profesional designado.
10. El cambio de prestador en las prestaciones educativas deberá ser solicitado y justificado por el médico de cabecera y adjuntar la documentación correspondiente del nuevo prestador.
11. El RNP (Registro nacional de Prestadores) presentado debe coincidir con el de la facturación del profesional Prestador, nacional ó provincial.
12. **SOLICITUD DE REINTEGROS**
  - a. Para comenzar con la gestión de reintegro deberá adjuntar el formulario de ANEXO X con todos los datos solicitados en el mismo.
  - b. Para poder confeccionar correctamente la factura de reintegro, solicitar en sucursal de Atención al Cliente, los requisitos correspondientes a La Norma de Swiss Medical para la Percepción de Reintegros.
  - c. En toda prestación que se brinde por reintegro, se deberá entregar adjunto a la factura del prestador correspondiente, la Planilla de Asistencia conformada por el socio ó representante y el profesional Prestador tratante. Modelo ANEXO V
13. **FACTURACION**
  - b. Factura "B" se requiere la presentación del RECIBO que es lo que acredita el pago de la Factura, con el CAI vigente.
  - c. Factura/Recibo "C" pueden ser presentadas, no es requerimiento adjuntar ambas.
  - d. En la gestión de reintegro por transporte (Resolución 1511/2012) se deberá exigir en la factura del transportista el siguiente detalle:
    - Cantidad de Viajes
    - Punto de Partida // Punto de Destino
    - Cantidad de Kilómetros Recorridos
    - Indicar si es con Dependencia SI / NO
    - Valor del Km (\$)

## TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

Los tratamientos de rehabilitación podrán ser psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, psicomotricidad, estimulación temprana, etc.

### **DEBERÁ PRESENTAR:**

- o **Orden Médica**, prescripta por el médico tratante o de cabecera; debiendo presentar una **ORDEN** por cada prestación solicitada: (Ej. **Una Orden Médica para Fonoaudiología 2 sesiones semanales, y otra Orden Médica para Psicología 1 sesión semanal**)
- o Detallar la prestación solicitada, frecuencia semanal y/o mensual (**Ej. Fonoaudiología 2 sesiones semanales**)
- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar período por el que solicita la prestación (**Ej. enero 2015 a diciembre 2015**).
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - o Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
  - o N° de DNI
  - o Edad del socio
  - o Sexo

- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el profesional actuante. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso. **ANEXO III**

- **Plan de trabajo**, para cada prestación solicitada, confeccionado y firmado por el profesional que lo llevará a cabo. Tendrá que:

- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar datos del Socio para el que se solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo

- **Presupuesto original (Según ANEXO XI)**, deberá presentar un presupuesto para cada prestación solicitada, debe estar confeccionado y firmado por la institución o el profesional que llevará a cabo el tratamiento.

1. Indicar datos del Socio para el que se solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo
  - Nacionalidad
2. Indicar la cantidad de sesiones que se brindarán semanalmente y/o mensualmente para cada prestación
3. Puntualizar el valor individual y mensual de las prestaciones.
4. Especificar los meses del año que abarcará la prestación.
5. Indicar los días, horarios y duración de las sesiones. El tiempo reconocido de sesión es de 60 minutos.

### **- NOTA ADJUNTA**

Señalar el domicilio donde se brinda el tratamiento.

- **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

- Si la prestación fuera brindada **por una institución** deberá agregar a la documentación antes mencionada:

- o Inscripción de la Institución en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) como Centro de Rehabilitación.
- Y/o acreditación extendida por el Servicio Nacional de Rehabilitación.

- Si la prestación fuera brindada **por un profesional** deberá agregar a la documentación antes mencionada:

- o Título habilitante universitario y/o terciario
- o Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) del profesional, actualizada al período de

tratamiento, para los profesionales que lo requieren, según lo establecido por el Ministerio de Salud (1).

- o Seguro de mala praxis del profesional.

- Las prestaciones en domicilio se autorizarán únicamente por excepción en caso que el diagnóstico y la situación del paciente le impidan el traslado a rehabilitación. Para la evaluación de auditoría médica deberá presentar:

- Justificación médica del tratamiento domiciliario, confeccionada por el médico tratante.

**ACLARACIÓN:** Los profesionales que requieren inscribirse en el RNP son: los psicólogos, los fonoaudiólogos, los kinesiólogos y los terapeutas ocupacionales. El tiempo reconocido por sesión es de 60 minutos.

### TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

Modulo de Estimulación Temprana: Este Modulo esta indicado para niños/as entre 0 a 4 años, Eventualmente hasta 6 Años, tiene un máximo de 3 sesiones semanales.

Esta prestación deberá ser brindada por una institución acreditada y estar a cargo de un terapeuta en Estimulación Temprana, en el marco de un equipo interdisciplinario. Se deberá aclarar la frecuencia semanal de dicha práctica y los distintos profesionales intervinientes.

De acuerdo a la **resolución 1328/06**, el equipo básico que brindará la prestación estará conformado por:

- o Médico pediatra y/o neurólogo infantil.
- o Terapeuta especializado en estimulación temprana, con título de postgrado a partir de su título habilitante (Fonoaudiólogo - Psicopedagogo - Psicólogo - Kinesiólogo - Psicomotricista - Terapeuta Ocupacional - etc.) o profesores en educación especial con especialización o tecnicatura en estimulación temprana con título oficial.

#### **DEBERÁ PRESENTAR:**

- **Orden Médica**, prescripta por el médico tratante. Tendrá que:

- o Detallar todas las prestaciones solicitadas.
- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar período por el que solicita la prestación (enero 2015 a diciembre 2015, por ejemplo).
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo

- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el profesional actuante

Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso. **ANEXO III**

- **Plan de trabajo**, confeccionado y firmado por el equipo interdisciplinario o institución que lo llevara a cabo. Tendrá que:

- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo

- **Presupuesto original (Según ANEXO XII)**, confeccionado y firmado por la institución o el equipo de profesionales que la llevará a cabo.

1. Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo

2. Indicar la cantidad de sesiones que se brindarán mensualmente
3. Puntualizar el valor individual y mensual de las prestaciones.
4. Especificar los meses del año que abarcará la prestación.
5. El presupuesto deberá llevar la firma del profesional o del representante de la institución tratante.

- **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de inscripción" en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

**Si la prestación es brindada por un equipo interdisciplinario en el Interior del país:**

- o Listado de los profesionales intervinientes.
- o Título habilitante universitario y/o terciario
- o Título de especialización del profesional en estimulación temprana
- o Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de cada uno de los profesionales actualizada al período de tratamiento, para los profesionales que lo requieren según lo establecido por el Ministerio de Salud.
- o Si la prestación es brindada en una institución:
- o Inscripción de la institución en el Registro Nacional de Prestadores como Centro de Estimulación Temprana.
- o Seguro de Mala Praxis

## PRESTACIONES EDUCATIVAS

### ESCOLARIDAD INICIAL / ESCOLARIDAD ESPECIAL / ESCOLARIDAD CON FORMACION LABORAL

#### A. SOLICITUD de Concurrencia a INSTITUCIONES EDUCATIVAS

##### **DEBERÁ PRESENTAR:**

- **Orden Médica**, prescrita por el médico tratante. Tendrá que:

Detallar todas las prestaciones educativas solicitadas

- o Indicar fecha de confección/emisión. La fecha deberá ser anterior al inicio del período escolar.
- o Indicar jornada (JORNADA DOBLE ó JORNADA SIMPLE)
- o Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2015 a diciembre 2015, por ejemplo).
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo
  - Nacionalidad

- **Constancia de alumno regular** del socio que recibe la prestación.

- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el prestador responsable.

Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso. **ANEXO III**

- **Plan de trabajo**, firmado por los directivos de la institución o por el representante legal. Tendrá que:

- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del período escolar.
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo
  - nacionalidad

- **Presupuesto original (Según ANEXO XII)**, deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.

1. Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:

- Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
- N° de DNI
- Edad del Socio
- Sexo

1. Indicar el CUIT de la institución.

2. Indicar el domicilio de facturación de la institución.

- **Categorización de la Institución** expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación (Texto Completo) correspondiente a la prestación presupuestada.

- **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

- Fotocopia del CUIT de la institución.



## PRESTACIONES EDUCATIVAS

### MODULO DE MAESTRA/O DE APOYO

#### Solicitud de MODULO DE MAESTRO/A DE APOYO

Profesional individual a cargo de esta prestación. Quien brinde esta prestación deberá poseer título afín a la pedagogía. No se aceptarán como maestros de apoyo a psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas, docentes de nivel inicial.

#### **DEBERA PRESENTAR:**

- **Orden Médica**, prescripta por el médico tratante. Tendrá que:

- o Detallar la prestación solicitada (**MODULO DE MAESTRO DE APOYO**)
- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2015 a diciembre 2015, por ejemplo).
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo
  - Nombre completo de la escuela común y domicilio del mismo.

- **Constancia de alumno regular** del socio que recibe la prestación.

- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el profesional actuante.

Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso. **ANEXO III**

- **Plan de trabajo de Maestra/o de Apoyo** firmado por maestra/o de apoyo, indicando:

- o Modalidad de Concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
- o Domicilio donde se brinda la prestación
- o Datos de la Escuela:
  - Nombre
  - Dirección
  - Turno de asistencia
  - Grado

- **Presupuesto original (Según ANEXO XIII)**, firmado por maestro de apoyo. Tendrá que:

1. Indicar datos del Socio para el que se solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo
  - Nacionalidad

2. Indicar el CUIT del Maestra / o que facture por la prestación.

- **Acta de acuerdo de Maestra/o de Apoyo**, que cuente con el membrete y sello de la institución educativa, firmada por todas las partes intervinientes: directivos de la escuela, maestro de apoyo y padres.

Adjuntamos modelo como ejemplo a tener en cuenta en **ANEXO VIII**

- **Adaptación curricular**. Podrá presentarse hasta 3 meses después de comenzada la prestación. En caso de que no sea presentada en dicho plazo, no se efectuarán los pagos correspondientes ó será discontinuada la prestación.

- o Modalidad de Concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
- o Domicilio donde se brinda la prestación
- o Datos de la Escuela:
  - Nombre
  - Dirección
  - Turno de asistencia
  - Grado

- Título habilitante universitario y/o terciario

- **CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

## PRESTACIONES EDUCATIVAS

### MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO INTERDISCIPLINARIO)

#### SOLICITUD de MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO INTERDISCIPLINARIOS)

Institución o equipo de profesionales acreditados en el Servicio Nacional de Rehabilitación.

#### **DEBERÁ PRESENTAR:**

- **Orden Médica**, prescripta por el médico tratante. Tendrá que:

- o Detallar la prestación solicitada (**MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR**)
- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2015 a diciembre 2015, por ejemplo).
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo

- **Constancia de alumno regular** del socio que recibe la prestación.

- **Consentimiento Informado**, suscrito por el paciente o su representante y el prestador responsable.

Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso. **ANEXO III**

- **Proyecto de integración**, (Plan de Trabajo). Deberá estar firmado por el responsable de la institución y por los profesionales que conforman el equipo, indicando:

- Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
- N° de DNI
- Edad del Socio
- Sexo
- Nombre completo de la escuela común y domicilio de la institución

- **Presupuesto original (Según ANEXO XIV)**, deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.

1. Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo

2. Indicar el CUIT de la institución o del equipo que facture por la prestación.

- **Acta acuerdo de integración**, deberá contener el membrete y sello de la institución educativa, firmada por todas las partes intervinientes: directivos de la escuela, responsable de la institución y equipo y padres. Adjuntamos modelo como ejemplo a tener en cuenta en **ANEXO IX**

- **Adaptación curricular**. Podrá presentarse hasta 3 meses después de comenzada la prestación. En caso de que no sea presentada en dicho plazo, no se efectuarán los pagos correspondientes. Deberá indicar:

- o Modalidad de Concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
- o Domicilio donde se brinda la prestación
- o Datos de la Escuela:
  - Nombre
  - Dirección
  - Turno de asistencia
  - Grado

- **Acreditación de la institución** o equipo expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación.

- **CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

## PRESTACIONES TERAPÉUTICO - EDUCATIVAS

### CENTRO DE DÍA / CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

Las prestaciones terapéutico-educativas podrán ser entre otras: **Centro de Día (CD), Centro Educativo Terapéutico (CET)**

#### **DEBERA PRESENTAR:**

- **Orden Médica**, prescripta por el médico tratante. Tendrá que:

- o Detallar todas las prestaciones solicitadas.
- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar jornada (JORNADA DOBLE ó JORNADA SIMPLE)
- o Indicar período por el que solicita la prestación (enero 2015 a diciembre 2015, por ejemplo).
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo
  - Categoría

- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el prestador responsable. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso. **ANEXO III**

- Plan de trabajo, deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal. Tendrá que:

- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo

- **Presupuesto original (Según ANEXO XII)**, deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.

Tenga en cuenta la siguiente información para presentar el presupuesto:

1. Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo
2. Indicar el CUIT de la institución.
3. Indicar el domicilio de facturación de la institución.

- **Categorización de la Institución** expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación (Texto Completo) de acuerdo a la prestación presentada.

- **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

## TRANSPORTE ESPECIAL A LAS TERAPIAS Y/O ESCOLARIDAD

Esta prestación será otorgada únicamente en el caso que el Socio se encuentre imposibilitado de trasladarse en los medios públicos de transporte. Se cubrirá los traslados de ida y vuelta del Socio que requiera la prestación a centros de rehabilitación e instituciones educativas. Los kilómetros autorizados serán los que se determinen según el destino de acuerdo a la información que brinda Google Maps.

### **DEBERÁ PRESENTAR:**

- **Orden Médica**, prescripta por el médico tratante. Tendrá que:

- o Detallar los traslados a las prestaciones solicitadas.
- o Si es dependiente adjuntar **Tabla FIM (ANEXO II)**
- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar periodo por el que solicita la prestación (enero 2015 a diciembre 2015, por ejemplo).
- o Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo

- **Justificación médica (Planilla de Datos de Transporte por Discapacidad)** Deberá estar confeccionada en el formulario que adjuntamos. **ANEXO VII**

- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el prestador responsable. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso. **ANEXO IV**

- **Presupuesto (Según ANEXO XV)**, firmado y aclarado por el responsable de la empresa de transporte. Tendrá que:

1. Indicar datos del Socio para el que solicita la prestación:
  - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
  - N° de DNI
  - Edad del Socio
  - Sexo
2. Indicar los meses del año que abarcará el servicio.
3. Punto de Origen.
4. Punto de Destino.
5. Especialidad a cual se traslada.
6. El kilometraje diario y mensual recorrido.
7. Monto valor Mensual.
8. Monto valor del Kilometro.
9. El lugar de origen (consultorio psicóloga, institución educativa, etc.) detallando el domicilio y destino final del viaje.
10. Indicar los días de los traslados.
11. Indicar si es con dependencia.
12. El CUIT de la empresa de transporte y/o del transportista

- **Habilitación municipal de la empresa de transporte o transportista vigente. Si venciera durante el corriente año deberá presentar la renovación para evitar inconvenientes con los reintegros.**

- **Licencia del conductor, vigente.**

- **Póliza del Seguro del Transporte vigente. Si venciera durante el corriente año deberá presentar la renovación para evitar inconvenientes con los reintegros.**

- **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

**Dependencia:** Se considerará en los casos en los que el transportista deba realizar tareas de asistencia para subir o bajar del transporte. Para confirmar la dependencia deberá presentar el Formulario FIM (Anexo II), tal como se describe en la página 1.

# ANEXOS

Anexo I

<b>Resumen de Historia Clínica</b>		
<b>Apellido y Nombre</b>		<b>Fecha</b>
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>D.N.I.</b>
<b>Domicilio</b>		
<b>Nombre y Apellido de la Madre, Padre, Tutor o Encargado</b>		
<b>1 - Diagnostico/Capacidad Funcional (Sensorial, Mental, Motora)</b>		
<b>2 - Antecedentes Significativos de la Historia Clínica</b>		
<b>3 - Datos Significativos del Examen Clínico / Evolución del Paciente en el Ultimo Año</b>		
<b>4 - Valoración por Escala FIM / Puntaje Total (Completar Ficha)</b>		
<b>En Relación a Alimentación / Vestido / Limpieza</b>		
		Dependiente <input type="checkbox"/> Autovalido <input type="checkbox"/>
<b>Fecha:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Sello:</b>

Anexo II

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**

Apellido y Nombre:
DNI:
Diagnóstico:
Edad:
Institución:
Fecha de ingreso a la institución:
Modalidad:

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 patologías mentales.

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.

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

Auditoría

**TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL**

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones.	6

	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó 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
	<b>AUTOCUIDADO</b>	
1	1 ALIMENTACIÓN	
2	2 ASEO PERSONAL	



3	3 BAÑO	
4	4 VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	5 VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	6 USO DEL BAÑO	
	<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>	
7	7 CONTROL DE INTESITINOS	
8	8 CONTROL DE VEJIGA	
	<b>TRANSFERENCIAS</b>	
9	9 TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	10 TRASFERENCIA AL BAÑO	
11	11 TRASFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	<b>LOCOMOCIÓN</b>	
12	12 MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	13 ESCALERAS	
	<b>COMUNICACIÓN</b>	
14	14 COMPRESIÓN	
15	15 EXPRESIÓN	
	<b>CONEXION</b>	
16	16 INTERACCIÓN SOCIAL	
17	17 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	18 MEMORIA	
	<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>	

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES**

**1. ALIMENTACIÓN**

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

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

**2. ASEO PERSONAL**

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

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

**3. HIGIENE**

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

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

**4. VESTIDO PARTE SUPERIOR**

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

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

**5. VESTIDO PARTE INFERIOR**

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

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

**6. USO DEL BAÑO**

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

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

**7. CONTROL DE INTESTINOS**

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

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

**8. CONTROL DE VEJIGA**

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes, frecuencia.

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

**9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS**

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente

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

**10. TRANSFERENCIA AL BAÑO**

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

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

**11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA**

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

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

**12. MARCHA/SILLA DE RUEDAS**

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar Implica subir y bajar escalones.

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

**14. COMPRENSIÓN**

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. Escritura, gestos, signos, etc.

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

**15. EXPRESIÓN**

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

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

**16. INTERACCIÓN SOCIAL**

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

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

**17. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Implica resolver problemas cotidianos.

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

**18. MEMORIA**

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

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

**EVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

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

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

Fecha:

Anexo III

\_\_\_\_\_  
(Lugar y fecha)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo (\*) \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

en mi carácter de (vinculo) (\*) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

he sido informado de la necesidad de recibir/ reciba (tache lo que no corresponda) las prestaciones de rehabilitación, educativas y/o de apoyo por padecer patologías discapacitantes.

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito de la prestación a realizar, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Asimismo, se me ha explicado las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el mismo, ya que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi Consentimiento para la realización de las prestaciones básicas de atención integral a favor de personas con discapacidad.

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento /tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

Creo que el Sr/Sra. \_\_\_\_\_ ha comprendido completamente lo explicado y contestado.

Firma del Prestador: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Nro. de Matrícula: \_\_\_\_\_

(\*) En caso de ser el titular completar solo el primer renglón. En caso de ser menor o no estar habilitado para firmar el consentimiento deberá completar todo el párrafo su representante (Padre/Madre/Tutor).

**Consentimiento Informado de Transporte**

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 201\_\_

Srs. SWISS MEDICAL

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

En mi carácter de (Vinculo)

..... de .....  
(Padre, Madre, ó Tutor) (Apellido y Nombre)

DNI N°..... doy mi consentimiento para

que se lleve a cabo el traslado a: \_\_\_\_\_  
Ej.: Kinesiología, Fonoaudiología, CD, CET, etc.

Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

Cantidad de Kms Diarios: \_\_\_\_\_ Mensuales: \_\_\_\_\_

El mismo se realice a cargo de: \_\_\_\_\_  
(Prestador)

Dependencia 

SI	NO
----	----

  
(Tache lo que no corresponde)

Para el Periodo: \_\_\_\_\_

Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido. Presto conformidad a su realización

**SOCIO**

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

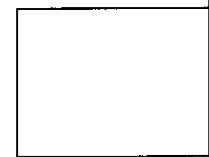
**PRESTADOR**

Sello del Prestador

Firma del prestador/Transportista: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_





Anexo VI

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA**

Para hacer un seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma, indicado:

a) En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el socio recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin.  
 Se recuerda que el tiempo reconocido por sesión es de 60 minutos

b) En los ítems DIAS, el día en que recibe la prestación y el nombre de la misma.

Nombre y Apellido del beneficiario que recibe la prestación: \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento: \_\_\_\_\_

HORARIO		DIAS						
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo

\_\_\_\_\_  
Firma (madre, padre, tutor legal)
\_\_\_\_\_  
Aclaración
\_\_\_\_\_  
Nº de Documento

Anexo VII

PLANILLA DE DATOS DE TRANSPORTE POR DISCAPACIDAD			
Apellido/s Nombre/s del Socio			Nº de Documento
<b>ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES</b>			
Detalle	Apellido/s y Nombre/s	Actividad	Horario / Turno
Madre			
Padre			
<b>ACTIVIDAD DE LOS HERMANOS</b>			
	Apellido/s y Nombre/s	Edad	Actividad
<b>DIAGNOSTICO:</b> DSM IV (1) - CIE: EVALUACION MULTIAIXIAL Eje I: Eje II: Eje III: Eje IV: Eje V: DEFICIENCIA:			
Justificación Médica de la Solicitud de Transporte:			
		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	
MEDICO SOLICITANTE		FIRMA Y SELLO	
SOCIO-MADRE-PADRE-TUTOR LEGAL		FIRMA Y DNI	
		<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	
MEDICO AUDITOR		FIRMA Y SELLO	
(1) CONSIGNAR LOS EJES Es OBLIGACION completar todos los campos			



**ACTA DE ACUERDO de MAESTRA/O DE APOYO**

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en la sede del Establecimiento \_\_\_\_\_ se establece un común acuerdo entre el nombrado Establecimiento, el Personal Privado No Docente \_\_\_\_\_ y la familia del/de la: \_\_\_\_\_

Las autoridades del establecimiento conocen y comparten el proyecto del Maestra/o de Apoyo.

Los padres se comprometen a respetar los horarios de entrada v salida haciéndose también responsable del traslado del/de la Alumno/a.

El trabajo de la Maestra/o de Apoyo se realiza entre el establecimiento Educativo y la Maestra/o de Apoyo, siendo todos responsables de la elaboración, ejecución, y evaluación del proyecto. Es por esta que todo cambio o propuesta será llevado a cabo con el consentimiento de cada una de las partes.

Será causal de cierre del proyecto Maestra/o de Apoyo el no cumplimiento de las orientaciones dadas por los actores involucrados, o que no se vean avances en los aprendizajes del de la alumno/a.

ESCUELA: \_\_\_\_\_

AÑO / CICLO: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA/SELLO  
ACLARACION D.N.I.  
INSTITUCION

.....  
FIRMA/SELLO  
ACLARACION D.N.I.  
PRESTADOR RESPONSABLE

.....  
FIRMA  
ACLARACION D.N.I.  
PADRE-MADRE O TUTOR

**ACTA DE ACUERDO de APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO INTERDISCIPLINARIO)**

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en la sede del Establecimiento \_\_\_\_\_ se establece un común acuerdo entre el nombrado Establecimiento, el Personal Privado No Docente (Integradora) \_\_\_\_\_ y la familia del/de la : \_\_\_\_\_

Las autoridades del establecimiento conocen y comparten el proyecto de Apoyo a la Integración Escolar.

Los padres se comprometen a respetar los horarios de entrada y salida haciéndose también responsable del traslado del/de la Alumno/a.

El trabajo de Apoyo a la Integración Escolar se realiza entre el establecimiento Educativo y la Integradora y su equipo de trabajo, siendo todos responsables de la elaboración, ejecución, y evaluación del proyecto. Es por esta que todo cambio o propuesta será llevado a cabo con el consentimiento de cada una de las partes.

Será causal de cierre de proyecto de Integración Escolar el no cumplimiento de las orientaciones dadas por los actores involucrados en la Integración Escolar a la familia, o que no se vean avances en los aprendizajes del de la alumno/a.

ESCUELA: \_\_\_\_\_

AÑO / CICLO: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA/SELLO  
ACLARACION D.N.I.  
INSTITUCION

.....  
FIRMA/SELLO  
ACLARACION D.N.I.  
PRESTADOR RESPONSABLE

.....  
FIRMA  
ACLARACION D.N.I.  
PADRE-MADRE O TUTOR

Fecha: \_\_\_\_\_



**SWISS MEDICAL**  
MEDICINA PRIVADA

**SOLICITUD DE ACREDITACION DE REINTEGROS EN CUENTA BANCARIA**

Por medio de la presente solicito que los importes que me correspondan en concepto de pago de reintegros y/o gastos sean acreditados mediante el Sistema de Acreditación de Reintegros en Cuenta Bancaria.

Estos importes deberán acreditarse en la cuenta corriente / caja de ahorro detallada a continuación:

Nombre del Titular de la Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_

CUIT/CUIL del Titular de la Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_

CBU N°: \_\_\_\_\_

Las instrucciones precedentes serán válidas mientras no exista notificación fehaciente de mi parte respecto de cambios totales o parciales (Ej.: cambio, cierre o modificación de cuenta).

Nombre del Titular del Grupo Familiar: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

N° de Socio: \_\_\_\_\_

Teléfono (para cualquier aclaración): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma  
Titular del Grupo Familiar

\_\_\_\_\_  
Firma Representante  
Swiss Medical Medicina Privada

..... / ..... / .....  
(Localidad y Fecha Completa)

**PRESUPUESTO de TRATAMIENTOS con PROFESIONALES PARTICULARES**

Socio (Apellido y Nombre COMPLETO):.....

Tipo y N° de Documento: (.....).....

Especialidad/Tipo de Prestación: .....

Período solicitado: ..... / 2015 hasta ..... / 2015

Cantidad de Sesiones Semanales: .....

Cantidad de Sesiones Mensuales: .....

Valor de la Sesión: \$.....

Monto Mensual: \$.....

Observaciones: .....

Apellido y Nombre del Profesional: .....

Especialidad/Tipo de Prestación: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono/s fijos y Cel.: .....

E-mail: .....

N° de C.U.I.T.: .....

Condición frente al I.V.A.: .....

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: marcar con "x" los días que correspondan**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

.....  
Firma y Sello del Prestador

.....  
Aclaración / DNI / N° de Matrícula

..... / ..... / .....  
(Localidad y Fecha Completa)

**PRESUPUESTO de TRATAMIENTOS en INSTITUCIONES**

**Socio (Apellido/s y Nombre/s Completos):** .....

**Tipo y N° de Documento:** (.....) .....

**Nombre de la Institución:** .....

**Modalidad Prestacional:** .....

**Categoría:** .....

**Tipo de Jornada:** ..... **INCLUYE COLACION y ALMUERZO: SI NO**  
(Marcar lo que CORRESPONDE)

**Período solicitado:** ..... / 2015 hasta ..... / 2015

**Monto Mensual:** \$ .....

**Dependencia de Terceros: SI NO (MARCAR LO QUE CORRESPONDE)**

**Observaciones:** .....

**Domicilio:** .....

**Localidad:** ..... **Provincia:** .....

**Teléfono/s fijos y Cel.:** .....

**E-mail:** .....

**N° de C.U.I.T.:** .....

**Condición frente al I.V.A.:** .....

.....  
**Firma y Sello del Responsable**

.....  
**Aclaración / DNI**

..... / ..... / .....  
 (Localidad y Fecha Completa)

**PRESUPUESTO para MODULO DE MAESTRO DE APOYO**

Socio (Apellido y Nombre COMPLETO): .....

Tipo y N° de Documento: (.....) .....

Período solicitado: ..... / 2015 hasta ..... / 2015

Cantidad de Sesiones Mensuales: .....

Monto Mensual: \$ .....

Observaciones: .....

Apellido y Nombre del Profesional: .....

Especialidad/Tipo de Prestación: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono/s fijos y Cel.: .....

E-mail: .....

N° de C.U.I.T.: .....

Condición frente al I.V.A.: .....

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: completar los días y el horario que correspondan**

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
De	Hs	De	Hs	De	Hs	De	Hs	De	Hs
Hasta	Hs	Hasta	Hs	Hasta	Hs	Hasta	Hs	Hasta	Hs

.....  
 Firma y Sello del Prestador

.....  
 Aclaración / DNI / N° de Matricula

..... / ..... / .....  
 (Localidad y Fecha Completa)

**PRESUPUESTO para MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (Equipo)**

Socio (Apellido y Nombre COMPLETO): .....

Tipo y N° de Documento: (.....) .....

Período solicitado: ..... / 2015 hasta ..... /2015

Cantidad de Sesiones Mensuales: .....

Monto Mensual: \$ .....

Observaciones: .....

Apellido y Nombre del Profesional: .....

Especialidad/Tipo de Prestación: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono/s fijos y Cel.: .....

E-mail: .....

N° de C.U.I.T.: .....

Condición frente al I.V.A.: .....

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: completar los días y el horario que correspondan**

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
De	Hs	De	Hs	De	Hs	De	Hs	De	Hs
Hasta	Hs	Hasta	Hs	Hasta	Hs	Hasta	Hs	Hasta	Hs

.....  
 Firma y Sello del Responsable

.....  
 Aclaración / DNI

