MANUAL DE PROCEDIMIENTO - PAUTAS GENERALES PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD AÑO 2024

Parte 1

El presente manual tiene como objetivo enunciar los pasos necesarios para iniciar un trámite por discapacidad y los mismos son indispensables para la gestión de la autorización.

La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el Nomenclador vigente de Prestaciones Básicas de discapacidad dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Nuestra página Web: www.ospim.com.ar
Instructivo y Formularios http://www.ospim.com.ar/formulariosprestadores.html

Todas las prestaciones se autorizan desde OSPIM Central
Consultas vía mail: discapacidad@ospim.com.ar
Consultas vía telefónica: 1144314791 / 4089 los días lunes, miércoles y viernes de 9:15 a 13hs
O en la Delegación correspondiente al beneficiario

La presentación del trámite es anual, año calendario. Para su renovación/inicio se sugiere presentar la documentación completa en los meses de noviembre y diciembre de 2023 para iniciar/continuar con las prestaciones en el año 2024. La misma debe presentarse sin tachaduras y/o correcciones. En caso de tenerlas deberán estar con la respectiva enmienda (firma y sello del profesional)
La recepción de la documentación no implica autorización de la prestación solicitada. La misma está sujeta a análisis de la Auditoria de Discapacidad. En caso de ser necesario, se solicitará evaluación del Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de OSPIM

EL INICIO DE LAS PRESTACIONES SIN AUITORIZACIÓN PREVIA ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR Y NO OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR LAS MISMAS

La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado NO DA DERECHO AL PRESTADOR INTERVINIENTE A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN previo análisis de la documentación presentada y autorización correspondiente por parte de la Obra Social OSPIM (sin excepción)

SE DEBE SOLICITAR EL PRESUPUESTO SELLADO Y AUTORIZADO POR EL EQUIPO DE DISCAPACIDAD PARA EL COMIENZO DE LA PRESTACIÓN

LOS TRATAMIENTOS SERÁN RECONOCIDOS Y ABONADOS DESDE LA FECHA QUE FIGURE LA AUTORIZACIÓN EN EL PRESUPUESTO PRESENTADO POR CADA PRESTADOR

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR ENVIAR SU FACTURACIÓN y planilla de asistencia firmada por el responsable y profesional, en formato PDF, VIA MAIL A facturaciondiscapacidad@ospim.com.ar A MES VENCIDO (los primeros siete días hábiles de cada mes), LO RECIBIDO FUERA DE TÉRMINO, de acuerdo al Mecanismo de Integración, NO GENERARÁ OBLIGACIÓN DE PAGO

DOCUMENTACION A PRESENTAR

DOCUMENTACION DEL AFILIADO QUE INICIA CARPETA EN EL ÁREA DE DISCAPACIDAD-MECANISMO DE INTEGRACIÓN (ver pautas por comienzo/continuidad de tratamiento)

- **Situación del beneficiario**
  Se solicita informar a la obra social toda modificación producida en relación a la condición filiatoria del beneficiario y al módulo prestacional recibido (por abandono, falta de concurrencia, fallecimiento, desempleo u otras)

  EL TRAMITE SE INICIA CON EL Anexo 21 "Carátula de Inicio de Trámite" (sólo para beneficiarios que COMIENZAN POR PRIMERA VEZ LA GESTION DE SU CARPETA O SI TIENEN ALGUNA MODIFICACION DE DATO INFORMADO EL AÑO PASADO.

- **Fotocopia de último recibo de sueldo** (Beneficiarios Activos en relación de dependencia)

- **Fotocopia del último comprobante de cobro de del seguro de desempleo** (Beneficiarios con Fondo de Desempleo)

- **Sólo para nuevos beneficiarios o beneficiarios que tienen que renovar el CUD: Fotocopia del Certificado de Discapacidad. (Verificar que se vea con claridad el código de barras ubicado en el margen izquierdo del CUD)**
  Se deberá adjuntar fotocopia legible del Certificado de Discapacidad vigente. En los casos de Certificado de Discapacidad que se encuentren vencidos y cuenten con el turno para la renovación, deberán enviar fotocopia legible del mismo (turno de la renovación) sin excepción.
  Una vez que cuenten con el Nuevo Certificado de Discapacidad presentar una copia legible para adjuntar al expediente.
- **ANEXO II** Conformidad de Prestaciones Año 2024

DOCUMENTACION MÉDICA

- **Resumen de Historia Clínica Original (VER ANEXO 22)**
  Debe estar confeccionada por el médico tratante y contener los antecedentes que justifiquen y respalden los tratamientos solicitados.

ORDEN MÉDICA ORIGINAL (Prescripción o Indicación) (VER ANEXO 24)

La prescripción del tratamiento No puede ser realizada por un médico de la institución en la que se efectúan las prestaciones.
Deben estar firmadas por médico que evalúa e indica el tratamiento
Cada orden debe contener:

- **Nombre y Apellido** del Beneficiario
- **DNI**, confirmar que se encuentre escrito en forma correcta
- **Nombre de la Obra Social y Nro. De Beneficiario**
- **Diagnóstico** (debe coincidir con el expresado en el Certificado de Discapacidad)
- **Detallar Prestación solicitada** para el Beneficiario:
  Pueden ser:
  - ***Prestaciones Ambulatorias***: serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando especialidad y frecuencia semanal o mensual
  - ***Prestaciones Institucionales***: por ejemplo Centro de Día, Es necesario detallar tipo de jornada (simple o doble)
  - ***Prestaciones Educativas****:* si es Educación Especial debe indicarse, PRE-primaria, Primaria o Formación Laboral y tipo de jornada (simple o doble); si es Centro Educativo Terapéutico, debe indicarse tipo de jornada (simple o doble)
  - ***Módulo Estimulación Temprana***
- **Período de la Prestación**, debe indicarse el período en el que se efectuará la prestación (enero- diciembre 2024 ó febrero-diciembre 2024)
- **Firma y sello** del médico tratante
- **Fecha**, la fecha de emisión debe ser anterior al período de la prestación (ejemplo: si la prestación comienza el 02/01/24, la fecha de la orden podría ser, 01/12/2023
- **Dependencia,** en caso de solicitarlo, deberá estar aclarado y debidamente fundamentado. En el **Pedido médico de las prestaciones** (prestaciones institucionales y/o transporte).**(VER ANEXO 24)** Ejemplos Órdenes médicas
- En caso de solicitar **dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico,** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la **Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM**), confeccionada por **Lic. en Terapia Ocupacional y** el informe del prestador **especificando los apoyos** que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.
- En caso de solicitar **dependencia para la prestación de transporte** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la **Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM),** confeccionada por **médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional** e incluir en el **diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.**

FIM PLANILLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (VER ANEXO 23)

En caso de tener indicada "Dependencia" en la orden médica, debe incluir Evaluación de la medida de independencia funcional elaborada y firmada por Lic. En Terapia Ocupacional y/o médico tratante, según corresponda.

DOCUMENTACIÓN DE PRESTADORES

- **Presupuestos para tratamientos**
  (VER ANEXOS 25 y 26)

Deben contener los siguientes datos

- ***Del Beneficiario:***
  - **Nombre y Apellido del beneficiario**
  - **DNI**
  - **Prestación**
  - **Frecuencia:** cantidad de sesiones semanales/mensuales
  - **Modalidad:** jornada simple/doble
  - **Período:** enero- diciembre 2024 ó febrero-diciembre 2024
  - **Fecha:** debe ser anterior al inicio de la prestación solicitada
  - **Valor** (por sesión/por módulo según corresponda)
  - **Valor mensual**
  - Aclarar si es **Con Dependencia(Prestaciones Institucionales)**

- ***Del Prestador de Tratamientos***
  - **Razón Social**
  - **Domicilio de atención**
  - **Teléfono de contacto**
  - **Constancia de CBU (se adjunta formato para completar información solicitada Anexo 31)**
  - **Dirección de correo electrónico l**
  - **Condición frente al IVA**
  - **Nro. de CUIT**
  - **Firma y sello** de la persona responsable de la institución, prestadora y/o profesionales tratantes.
  - **POR FAVOR COMPLETAR LA INFORMACION DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR CON LETRA LEGIBLE Y CLARA.**

- **Presupuesto de traslado (VER ANEXO 27)**

  Debe presentar:
  - Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado
  - Póliza del seguro vigente
  - Verificación técnica vigente
  - Fotocopia de licencia de conducir
  - Hoja de ruta impresa de acuerdo con "Google Maps" (www.maps.google.com.ar) firmada por prestador y responsable del beneficio
  - **Debe contener los siguientes datos:**
    - **Nombre y Apellido del Beneficiario**
    - **DNI**
    - **Domicilio de Partida**, especificar calle, numeración y localidad (debe coincidir con el consignado en la planilla de conformidad)
    - **Domicilio de Destino**, especificar calle, numeración y localidad (aclarar tipo de prestación a la cual se traslada. El domicilio de destino debe coincidir con el presupuesto de la prestación
    - **Cantidad de km** diarios recorridos
    - **Cantidad de km** mensuales recorridos
    - **Frecuencia**, cantidad de viajes mensuales a cada destino, días y horarios.
    - **Valor por km**, aclarar si es con dependencia
    - **Monto por viaje**
    - **Monto mensual**
    - **Período**
    - **Fecha**, previa a la prestación
    - **Firma y aclaración del transportista**
    - **Domicilio**
    - **Teléfono de contacto y correo electrónico**
    - **Número de CUIT**
    - **Constancia de CBU (se adjunta formato para completar la información solicitada Anexo 31)**
    - **Condición Frente al IVA**
    - **Constancia de Alumno Regular** (cuando el transporte especial es para concurrir a Escuela Común), la misma debe detallar datos del establecimiento y nro. CUE institucional

- *NOTA:* ***La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por parte de la obra social, sino un compromiso de contraprestación por la realización de todos los viajes pautados, la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.***

ANEXO PLANES DE TRATAMIENTO (Inicio de Tratamiento/Continuación de Tratamiento) (**VER ANEXO 28**)

- Debe detallar los objetivos a trabajar con el Beneficiario durante todo el año.
  Si el tratamiento que recibe es de varios profesionales en diferentes consultorios; este plan debe estar consensuado y firmado por todos los profesionales intervinientes para garantizar el trabajo interdisciplinario.
  Si el tratamiento se realiza en una misma institución queda bajo la firma del responsable de la misma.

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO O BAJA DEL PRESTADOR (ANEXO 30)

Se debe presentar en forma fehaciente la suspensión o cambio de prestador indicando fecha y enviando un mail a discapacidad@ospim.com.ar

PRESUPUESTO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR Y MAESTRA DE APOYO

(VER ANEXO 25)

Presentar:

- **ADAPTACIONES CURRICULARES** (Objetivos de Trabajo que deberán ser acordados entre la Escuela Común y la Maestra de Apoyo/Equipo Integrador) **Dentro de los dos meses de comenzada la prestación. De no ser así no se abonará la misma**
- **ACTA ACUERDO (VER ANEXO 29)** deberán presentarse firmadas y selladas por la Escuela Común y la Maestra de Apoyo / Equipo Integrador. En el caso del Acta de Acuerdo deberá presentarse con firma y sello de la Escuela Común y la Maestra de Apoyo/Equipo Integrador y la firma de la familia. **Debe presentarse a más tardar con la primera facturación de la prestación. Caso contrario no se abonbará**

INFORMES EVOLUTIVOS

Con la presentación de la documentación para el año 2024, se deben adjuntar los informes evolutivos finales del año 2024 correspondiente al Beneficiario.

RECORDAR LA PRESENTACIÓN SEMESTRAL DE INFORMES EVOLUTIVOS

(Si se trata de más de un profesional individual, deberán realizarlo en conjunto firmado y sellado por todos los profesionales tratantes que conforman el Equipo Interdisciplinario)

INSCRIPCION EN LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD/REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SSSALUD

SE DEBERÁ PRESENTAR EL DICTAMEN DE CATEGORIZACIÓN E INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, A SABER:

- **Centros de Rehabilitación y Estimulación Temprana:**
  - Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
- **Educación Inicial, Educación General Básica, Formación Laboral, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar:**
  - Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
- **Profesionales que realizan Prestaciones de Apoyo:**
  - Psicólogos, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicopedagogos, Músico- terapeutas, Trapista Ocupacionales, Psicomotricistas y Estimuladoras Tempranas, en el Registro Nacional de Prestadores en la SSSALUD, deben presentar: **Fotocopia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores en la Superintendencia de Servicios de Salud y Fotocopia legible del Titulo Habilitante** (diploma con número de resolución no certificado analítico).
  - Otros Profesionales, (maestros de Educación Especial, Estimuladores del Lenguaje, Trabajadores Sociales, otros), deben presentar: **fotocopia legible del Título Habilitante y Certificado Analítico**

DESCRIPCIÓN DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD

Parte 2

- **Transporte especial (VER ANEXO 27)**

  El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su domicilio hasta el lugar de atención y viceversa.
  Dicho beneficio es otorgado cuando el beneficiario se ve imposibilitado, por circunstancias clínicas, sociales o conductuales, de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.14, art. 22 inc.a

  Documentación Requerida:

  - Fotocopia legible de la habilitación del vehículo/agencia de transporte
  - Fotocopia del seguro vigente al momento de ser presentado en la obra social
  - Fotocopia del Registro del conductor
  - Fotocopia del recorrido del google maps www.maps.google.com.ar firmado por prestador y responsable de la prestación
  - En el caso de transporte a escuela común, deberá presentar constancia de alumno regular del beneficiario
  - Verificación Técnica vigente

- **REQUISITOS PARA TRANSPORTES DE MÀS DE 1500KM**

  - Indicación médica de transporte
  - Historia clínica actualizada
  - Justificación médica
  - Certificación policial del domicilio
  - Presupuesto
  - Google Maps firmado por prestador y responsable de la prestación
  - Planilla FIM, en caso de requerir dependencia

- **Prestaciones de Apoyo (VER ANEXO 26)**

Es aquella prestación que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
Estas prestaciones deben estar fundamentadas y **tienen que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.**
Se debe contemplar la necesidad de tiempo de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requerido para el apropiado desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa

Las prestaciones de Apoyo solicitadas deben coincidir con la discapacidad del afiliado

- Las prestaciones de Apoyo son:
    - Kinesiología
    - Terapia Ocupacional
    - Psicología
    - Fonoaudiología
    - Psicopedagogía
    - Psicomotricidad
    - Estimulación Intelectual, Visual, Auditiva y del Lenguaje (son brindadas por profesores de Educación Especial con orientación en discapacidad visual, auditiva y/o cognitiva)
    - Estimulación Visual
    - Estimulación Auditiva
    - Estimulación del Lenguaje
    - Musicoterapia

    - Documentación Requerida:
        - Presupuesto
        - Plan de Tratamiento
        - Fotocopia legible de Título habilitante
        - Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios Salud
        - Constancia de Alumno Regular de Escuela Común con CUE, en caso de recibir una sola prestación de apoyo

- **Módulo de Tratamiento Integral Intensivo (VER ANEXO 26)**
  Este módulo comprende la atención de la semana completa (5 días, de lunes a viernes) con más de una especialidad.
    - Documentación Requerida: (se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones):
        - Presupuesto
        - Plan de tratamiento
        - Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

- **Módulo de Tratamiento Integral Simple (VER ANEXO 26)**
  Este módulo comprende la atención en la semana con una frecuencia menor a los cinco días y con más de una especialidad.
    - Documentación Requerida: (se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones):
      - Presupuesto
      - Plan de tratamiento
      - Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

CADA MÓDULO COMPRENDE LOS SIGUIENTES TIPOS DE ATENCIÓN:

- Fisioterapia-Kinesiología
- Terapia Ocupacional
- Psicología
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Psicomotricidad
- Musicoterapia

- **Módulo de Estimulación Temprana (VER ANEXO 26)**

  Este módulo comprende el proceso terapéutico-educativo que promueve y favorece el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad de 1 a 4 años de edad cronológica.

    - Documentación Requerida: (se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones):
      - Presupuesto
      - Plan de tratamiento
      - En caso de profesionales individuales, Fotocopia Título habilitante
      - En caso de Instituciones Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

- **Educación Inicial (ANEXO 25)**
  Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específica elaborada y aprobada para ello

    - Prestación Institucional:
      - Escuela Especial Educación Inicial Jornada Simple
      - Escuela Especial Educación Inicial Jornada Doble
      - Categoría del Establecimiento A, B ó C

    - Documentación Requerida
      - Presupuesto
      - Plan de tratamiento
      - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
      - Constancia de Alumno Regular

- **Educación General Básica (ANEXO 25)**
  Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente
    - Prestación Institucional:
      - Escuela Especial General Básica Jornada Simple
      - Escuela Especial General Básica Jornada Completa
      - Categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Documentación Requerida
      - Presupuesto
      - Plan de tratamiento
      - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
      - Constancia de Alumno Regular

- **Formación Laboral (VER ANEXO 25)**
  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. Debe responder a un programa específico, de duración determinada y aprobada por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración.
    - Prestación Institucional:
      - Escuela Especial Formación Laboral Jornada Simple
      - Escuela Especial Formación Laboral Jornada Completa
      - Categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Documentación Requerida
      - Presupuesto y Constancia de Alumno regular
      - Plan de tratamiento
      - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

- **Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (VER ANEXO 25)**
  Se otorga sólo a alumnos con necesidades educativas especiales **para integrarse en ESCUELA COMÚN**
  Implica una carga horaria mínima de 32 horas mensuales

  Esta prestación la brinda una institución o equipo categorizado para tal fin
  - Documentación Requerida
    - Presupuesto
    - Plan de tratamiento
    - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
    - Constancia de Alumno Regular en Escuela Común
    - Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes:
      - Padre, Madre o Tutor
      - Institución Educativa común
      - Institución que brinda la Integración Escolar

- **Módulo Maestra de Apoyo (VER ANEXO 25)**
  Se otorga sólo a alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en ESCUELA COMÚN)

  Esta prestación sólo puede ser brindada por Piscopedagogos y/ó Docentes Especiales con título hablilitante
  Implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales, caso contrario se considerará como valor hora. El profesional que brinde esta prestación NO podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado
  - Documentación Requerida
    - Presupuesto
    - Plan de tratamiento
    - Docente especiales, Título Habilitante
    - Psicopedagogos, Título habilitante e inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Salud
    - Constancia de Alumno Regular de Escuela Común
    - Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes:
      - Padre, Madre o Tutor
      - Institución Educativa común
      - Institución que brinda la Integración Escolar

- **Centro Educativo Terapéutico (VER ANEXO 25)**

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodología y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad

- Prestaciones Institucionales
  - Centro Educativo Terapéutico Jornada Simple
  - Centro Educativo Terapéutico Jornada Completa
  - Categoría del Establecimiento A, B ó C
- Documentación Requerida
  - Presupuesto
  - Plan de tratamiento
  - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

- **Centro de Día (VER ANEXO 25)**

Tratamiento ambulatorio con objetivo terapéutico asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad

- Prestación Institucional:
  - Centro de Día Jornada Simple
  - Centro de Día Jornada
  - Categoría del Establecimiento A, B ó C
- Documentación Requerida
  - Presupuesto
  - Plan de tratamiento
  - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
  - Constancia de Asistencia Mensual

- **Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET**
  Hogar permanente o de lunes a viernes (VER ANEXO 25)

  Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) **a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente**
  Está dirigido, preferentemente, a las persona cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos y, por su mayor grado de dependencia, requieran mayor protección. Será necesario que la institución presente un informe socio-ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de contención familiar

  - Prestación Institucional:
    - Hogar Permanente Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Permanente con Centro de Día Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Permanente con Centro de Educación Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Terapéutica Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Permanente con Formación Laboral Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Permanente con Pre-Primaria Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Permanente con Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Lunes a Viernes Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Lunes a Viernes con Centro de Día Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Lunes a Viernes con Centro Educativo Terapéutico Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Lunes a Viernes con Formación Laboral Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Lunes a Viernes con Pre-Primaria Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Hogar Lunes a Viernes con Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
    - Presupuesto y Plan de tratamiento
    - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

MANUAL DE PROCEDIMIENTO – ANEXOS DE FORMULARIOS PARA LAS PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD AÑO 2019

Parte 3

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria Maderera
R.N.O.S. 1-1100-1
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓNES AÑO 2024

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Beneficiario OSPIM:

Yo.....

con Documento Tipo(.....) Nro....., 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_____

1. Prestación:_____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

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 nombrede……..

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladasprecedentemente.

Firma:……

Aclaración: ……

Documento: ……..

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 21
CARÁTULA DE INICIO DE TRÁMITE

- **DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO**

Apellido y Nombre del Beneficiario			
	DNI	CUIL	Fecha de Nac
Estado Civil	Domicilio Actual Cód Post, Localidad Provincia		
Tipo de Afiliación	Directo ( ) – Monotributista ( ) – Jubilado ( ) – Otro ( ).....		

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Nombre y Apellido	Vínculo	Edad	Teléfono de contacto	Correo Electrónico

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE / RED SOCIAL AMPLIADA

Nombre y Apellido	Vínculo	Edad	Teléfono de contacto	Correo Electrónico

Nombre de la Empresa, CUIT, Domicilio y Fecha de Ingreso Laboral	

*** POR FAVOR COLOCAR EL PREJIFO DE LA ZONA DE RESIDENCIA E INDICAR SI ES TELÉFONO FIJO O CELULAR.**

***PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA**

Vinculo	Nombre y Apellido	Documento	Registro de Firma
Responsable			
Responsable			

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 22
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA
(Completar todos los campos)

Lugar y Fecha:

Beneficiario
Apellido y Nombre: **F. de Nacimiento:**
OSPIM Nro. De afiliado: **DNI:**
Fecha de Nacimiento **CUIL:**

Diagnóstico (como indica Certificado de Discapacidad)

Antecedentes de Salud significativos:

Antecedentes completos de intervenciones Terapéuticas y/o Educativas:

Parámetros Funcionales Actuales:

Evolución del cuadro clínico de base en el último año:

Medicación:

Plan Terapéutico:

Datos del Profesional tratante
Apellido, Nombre:
Teléfono:
Correo electrónico:

Firma y sello
Profesional tratante

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 23 – PLANILLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

(Completar todos los campos)

Nombre y Apellido: **F. Nac.:**
Nro. De Beneficiario **DNI:**
Diagnostico:

TABLA DE PUNTUCIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL
(Se deben calificar todos los ítems)

ACTIVIDADES		Puntaje
AUTOCUIDADO		
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse, lavarse los dientes)	
3	Baño (Implica aseo de todo el cuerpo en bañera, ducha o baño con esponja en cama)	
4	Vestir parte superior (Implica vestirse de la cintura hacia arriba como colocar prótesis/ortesis)	
5	Vestir parte inferior (Implica vestirse de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, y colocarse prótesis/ortesis)	
6	Uso del baño (Implica mantener la higiene perineal y ajustar ropas antes y después del uso del baño y/o chata)	
CONTRO DE EFÍNTERES		
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)	
8	Controlar vejiga (Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evaluación como sondas, etc....)	
MOVILIDAD		
TRANSFERENCIA		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (Implica pasaje de silla de ruedas a silla, cama y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (Implica sentarse y levantarse del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (Implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha/silla de ruedas (Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas en caso de no caminar)	
13	Escaleras (Implica subir y bajar escaleras)	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión (Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc...)	
15	Expresión (Implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
CONEXIÓN		
16	Interacción social (Implica habilidades relacionadas de entendimiento, relación y participación con el otro,. Respeto de límites, normas y encuadre)	
17	Resolución de problemas (Implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
	PUNTAJE TOTAL	

PUNTAJE	
Independiente	Dependiente
Independiente Total 7 puntos	Sólo requiere supervisión 5 puntos
Independiente con adaptaciones 6 puntos	Sólo requiere mínima asistencia (el sujeto aporta 75% o más) 4 puntos
	Requiere asistencia moderada (el sujeto aporta el 50% o más) 3 puntos
	Requiere asistencia máxima (el sujeto aporta 25]% o más) 2 puntos
	Requiere asistencia total (el sujeto aporta menos del 25]% 1 punto
	Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o si necesita dos ayudantes 1 punto

JUSTIFICACIÓN ADICIONAL POR DEPENDENCIA: **Escribir en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente:**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma, sello de Profesionales Intervinientes

Teléfono de contacto y correo electrónico:

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 24 - EJEMPLOS DE ÓRDENES MÉDICAS

Apellido y Nombre: Gómez, Juana DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: Solicito **Psicopedagogía 2 sesiones semanales** Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante *** 3**	Apellido y Nombre: Rumez, Alma DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana Terapia Ocupacional 2 sesiones por semana Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Peli, José DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante
Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), **traslado de domicilio a Escuela Especial y/o Común** ***1** ***3** Período: Marzo a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE Indicación Médica: Solicito **Escuela Especial Primaria, jornada simple** Período: Febrero a Diciembre 2024 ***2** Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), **traslado de domicilio a terapias de rehabilitación** Período: Febrero a Diciembre 2024 ***1** Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante

***1** Indicar la dependencia si corresponde
***2**: Para escolaridad en escuela especial y/o Integración Escolar, la matrícula se incluye agregando el mes de febrero
***3** Para esta prestación se debe presentar constancia de alumno regular si concurre a Escuela Común, Nombre completo del Establecimiento, Número de CUE, Domicilio, Teléfono y Mail del mismo

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

Apellido y Nombre: Terry, Florencia DNI: 40.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: Solicito **Módulo Maestra de Apoyo** Período: Marzo a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante *3	Apellido y Nombre: Carrera, Cristina DNI: 44.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: Solicito **Módulo Apoyo a la Integración Escolar** Período: Febrero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante *2 *3
Apellido y Nombre: Helguera, Jacinta DNI: 39.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Moderado. Hipoacusia Indicación Médica: Solicito **Centro Educativo Terapéutico, Jornada simple** Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 *1 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Crisol, Eugenia DNI: 51.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE Indicación Médica: Solicito **Módulo de Estimulación Temprana** Período: Febrero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante
Apellido y Nombre: Pristez, Jacinta DNI: 38.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Severo. TGD. Autismo Indicación Médica: Solicito **Hogar Permanente** Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 *1 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Ortega, Julieta DNI: 37.129.576 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Leve Indicación Médica: Solicito: Formación laboral, Jornada doble Período: Febrero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 *1 Firma y Sello del Médico Tratante

*** 1** Indicar si corresponde la dependencia
***2**: Para escolaridad en escuela especial u/o Integración Escolar, la matrícula se incluye agregando el mes de febrero
***3** Para esta prestación se debe presentar constancia de alumno regular si concurre a Escuela Común, Nombre completo del Establecimiento, Número de CUE, Domicilio, Teléfono y Mail del mismo

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO: 25
PRESTACIONES INSTITUCIONALES – INTEGRACION ESCOLAR
MAESTRA DE APOYO – CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de emisión

Nombre y Apellido del Beneficiario:
DNI:
Nro. Beneficiario:
Teléfono y Mail de contacto del beneficiario:

Razón Social del Prestador:
Domicilio de Atención:
Localidad / Provincia:
Teléfono:
Mail de Contacto:

Prestaciones a brindar (según Mecanismo Integración):

Tipo de Jornada (Simple o Doble): **Dependencia(S/N):**

Matricula ($): **Monto Mensual ($):** **Categoría:**

Periodo Ciclo Lectivo. Desde: **Hasta:**

Cronograma de Asistencia:

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

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: **Las facturas deben ser presentadas en tiempo y forma, antes del 10 de cada mes en la OSPIM CENTRAL.**
Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

***EN CASO DE PRESENTAR INTEGRACION ESCOLAR O MAESTRA DE APOYO DEBERAN ESPECIFICAR LA INSTITUCION/ ESCUELA DONDE SE BRINDARA LA PRESTACION.**

Institución / Escuela / Maestra de Apoyo:

Firma y Sello Responsable Institución **Aclaración**

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al:
Beneficiario:
DNI:
Firma del Beneficiario o Responsable
Aclaración

Lugar y Fecha de Consentimiento:

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO: 26
PRESTACIONES DE APOYO – ESTIMULACION TEMPRANA
MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO
CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Nombre y Apellido del Beneficiario:
DNI:
Nro. Beneficiario:
Teléfono y Mail de contacto:

Razón Social del Prestador:
Domicilio de Atención:
Localidad / Provincia:
Teléfono:
Mail de Contacto:

Prestaciones/Especialidades(según Mecanismo Integración)
Cantidad Sesiones:
Monto Sesión ($) :
Monto Mensual ($):

Periodo Ciclo Lectivo. Desde: Hasta:
Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	Horario	Horario	Horario	Horario	Horario
Especialidad					

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: Las facturas deben ser presentadas en tiempo y forma, antes del 10 de cada mes en la OSPIM CENTRAL.
Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

Firma y Sello Responsable Institución **Aclaración**

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al:
Beneficiario:
DNI:
Firma del Beneficiario o Responsable **Aclaración**

Lugar y Fecha de Consentimiento

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 27
TRANSPORTE – CONSENTIMIENTO
DIAGRAMA DE TRASLADOS

Lugar y Fecha de Emisión:

Nombre y Apellido del Beneficiario:
Nro. De Beneficiario y DNI:

Razón Social del Prestador:
Domicilio:
Localidad/Provincia:
Teléfono Completo:
Mail de Contacto del Prestador:

Periodo de Traslado:

Desde:	**Hasta:**

Domicilio de Partida:

Domicilio de Destino:

Cantidad de viajes por día Ida y vuelta	Cantidad de Km por viaje Ida y vuelta	Valor del Km SIN DEPENDENCIA	Valor del Km CON DEPENDENCIA (si corresponde)	Importe por viaje Ida y vuelta	Cantidad de Km mensuales	Importe mensual

ADJUNTAR COPIA DE GOOGLE MAPS. https://www.google.com/maps
Cronograma de Traslados (marcar con una cruz los días de traslados)

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: Se debe presentar un presupuesto por tipo de traslado(a Escuelas, Centros y Terapias) y la factura correspondiente al mismo. Las Facturas deben ser presentadas mensualmente, a mes vencido entre el 1 y 10 de cada mes siguiente. Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el Recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

Firma y Sello del Responsable del Transporte **Aclaración**

CONSENTIMIENTO

Por el presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito para:
Beneficiario:
DNI
Firma del Beneficiario o Responsable **Aclaración**
Lugar y Fecha del Consentimiento:

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 28

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO/INICIO DE TRTAMIENTO

(Resaltar modalidad correspondiente y Completar todos los campos)

Nombre y Apellido del Beneficiario:
_____
DNI: _____ Fecha de Nac____/____/____
Nro. De Afiliado OSPIM: _____

Diagnóstico:

Informe de Evaluación Inicial/Final:

Objetivos Generales y Específicos/Plan de tratamiento:

Nombre y Apellido del Profesional:
_____
Domicilio donde se brinda la prestación:
_____
Teléfono del Prestador:_____
Correo Electrónico del Prestador: _____

Firma y Sello del Profesional Tratante:

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 29

ACTA DE ACUERDO
MAESTRA DE APOYO / INTEGRACION ESCOLAR
(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: ……..

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

<u>La Institución educativa y el/la Maestra/o de Apoyo/Equipo Integrador se comprometen a:</u>

- ✓ **Atender al/a la alumno/a según necesidades vinculadas a su educación**
- ✓ **Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptaciones Curriculares**
- ✓ **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.**

<u>La familia se compromete a</u>:

- ✓ **Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje**
- ✓ **Compartir el seguimiento del proceso de Integración y Promoción.**
- ✓ **Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.**
- ✓ **Hacer que el/la alumna/o mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención especifica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de Integración.**

Firma y Sello de la Escuela Común donde se realiza la Integración:

Aclaración:…… .

Firma del Padre/Madre o Tutor:

Aclaración:……

Firma y Sello de Maestra/o de Apoyo / Equipo Integrador:

Aclaración: ……..

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 30

Nota Solicitud de cambio/Baja de Prestador /Suspensión temporaria

(Completar todos los campos)

Fecha:
Nombre y Apellido del Beneficiario:
DNI./LC/LE:

Por medio de la presente dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación

De_____

A cargo de_____

A partir del día _____

Solicito nueva alta de dicha prestación a cargo del Profesional y/o Institución

_____

Sujeta la fecha del inicio de la nueva profesional/institución a la autorización de la Auditoría de Discapacidad de la Obra Social OSPIM

Firma_____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vinculo: _____

Teléfono: _____

Mail de Contacto: _____

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 31
INFORMACION BANCARIA DEL PRESTADOR/CBU

***Razón Social o Nombre y Apellido del Prestador**

……

***Nro. De Cuit (Coincidente con la Facturación)**

…….

***Nro. De Cuenta Corriente o Caja de Ahorro: …….**

***Entidad Bancaria: ……..**

***CBU – Clave Bancaria Uniforme (Correspondiente al Cuit de la Facturación)**

……

***Dirección de Mail Contacto:**

……

***Firma: …….**

***Aclaración: …….**

***Tipo y Nro. De DNI: …….**

***Fecha: ……**

RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL BANCO. YA QUE EL UNICO MEDIO DE PAGO POR EL MECANISMO DE INTEGRACION SERA TRANSFERENCIA BANCARIA

OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 32

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE MAS DE 1500 KM

Fecha:

Apellido y Nombre:

DNI:

Diagnóstico:

Justificación Médica de la solicitud de transporte:

Firma y sello de Profesional interviniente
Teléfono de contacto y mail: