

COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2020

Tratamientos de Rehabilitación/ Habilitación

Instructivo para Beneficiarios

Recepción de los Trámites a partir del mes de Octubre de 2019.
Horario de atención: Lunes a Jueves de 9:30hs a 16hs.

Área metropolitana

Gerencia de Atención Personalizada

Sector de Necesidades Especiales.

Tucumán 949, (1049), 2º P. Contrafrente, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

E-mail: necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar

Interior del país

Consultar en la Delegación o Agencia correspondiente a su domicilio.

IMPORTANTE

En caso de inicio, ampliación, modificación de tratamientos individuales y/o institucionales (incluyendo escuelas especiales), no podrán comenzar con la realización de los mismos hasta no estar emitida la autorización correspondiente.

En caso de continuidad de tratamiento deberá presentar toda la documentación solicitada de acuerdo al presente instructivo EN TIEMPO Y FORMA Y CON UN TIEMPO MAXIMO DE 60 DIAS desde la fecha de inicio del tratamiento, caso contrario no obrará la continuidad del mismo, se tomará como inicio de trámite.

Solo se recibirán trámites con la documentación completa según el presente instructivo.

Todo cambio de tratamiento deberá acompañarse de fundamento medico, con nuevo resumen de historia clínica, valoración del estado actual y evolución del paciente. Asimismo deberá presentar nuevos presupuestos.

Toda la documentación requerida por el Sector Necesidades Especiales se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente

RECUERDE

Todas las prestaciones se otorgan con Certificado de Discapacidad vigente

AREA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES
REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA
AÑO 2020

PARA EL BENEFICIARIO (Ver Pág. 4)

- Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente.
- Fotocopia del D.N.I. del beneficiario y del afiliado titular.
- Constancia de CUIL del beneficiario.
- **Constancia del PADRON DE BENEFICIARIOS (del afiliado que recibe el tratamiento) de la Superintendencia de Servicios de Salud, en donde figure UNION PERSONAL como única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la siguiente página Web: www.argentina.gob.ar/sssalud accediendo a Consultas web/ padrón de beneficiarios/ acceso público e ingresando los datos del beneficiario.**
- Constancia de Alumno Regular del establecimiento educativo correspondiente (original) **indicando el Código Único de Establecimiento(CUE), el cual consta de 9 (nueve) dígitos**
- Afiliados estatales y por opción: último recibo de haberes.
- Afiliados Monotributistas: fotocopia de los últimos 6 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo se recuerda que los pagos mensuales del monotributo deben estar al día.
- Declaración Jurada de Afiliaciones (Ver Anexo 4)
- Cronograma de horarios semanal del beneficiario (Ver Anexo 10) Deberá ser completado y firmado por el afiliado titular donde detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individual) que realice.

PARA EL MEDICO (Ver Pág. 5)

- Resumen de Historia Clínica con diagnóstico.
- Prescripción Médica del tratamiento indicando periodo para el que se prescribe la prestación. **Debe precisar que la misma corresponde al año 2020.** Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea individual o institucional, detallando cantidad de sesiones mensuales. En caso de tratamiento institucional, indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc)

Deben tener fecha anterior al inicio del tratamiento.

IMPORTANTE: Estos dos documentos (resumen de historia clínica e indicación de tratamientos) deben ser presentados por separado y en original.

PARA EL PRESTADOR (Ver Pág.6)

- Nota de Consentimiento firmado por el Titular y Prestador (Ver Anexo 1).
- Proyecto de Trabajo. (Con fecha posterior al pedido medico)
- Presupuesto. (Con fecha 2020 y posterior al pedido médico. Deberá especificar días y horarios de atención) (Ver Anexo 2.)
- Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP), **vigente.**
- Instituciones: Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente.

Los prestadores deberán contar con el correspondiente Registro Nacional de Prestadores vigente

- Título habilitante (Diploma).
- Matrícula si corresponde
- Habilitación de consultorio
- En caso de que el prestador no posea número de prestador en Unión Personal, deberá presentar la Planilla de Alta de Prestadores (Ver Anexo 9)
- Apoyo a la integración escolar: se deberá presentar el acta acuerdo entre la institución o maestra de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la Obra Social.
- En caso de solicitar dependencia deberá incluir valoración de acuerdo al índice de independencia funcional (FIM) (Ver Anexo 7)

REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO

- **Fotocopia del Certificado de Discapacidad** vigente, emitido por autoridad competente. Si dicho certificado venciera en el transcurso del año 2020, la cobertura se otorgará hasta la fecha de vencimiento del mismo, debiendo el afiliado presentar la renovación del certificado a fin de poder dar continuidad a la cobertura de prestaciones.
- **Fotocopia del D.N.I. del afiliado titular y del beneficiario.**
- **Constancia de CUIL del beneficiario.**
- **Constancia de Alumno Regular Original** de la escuela a la que asiste, indicando turno y grado en el que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela, domicilio y teléfono. **El mismo debe incluir el CUE (Código Único de Establecimiento) y consta de 9 (nueve) dígitos.**
- **Afiliados estatales y por opción:** último recibo de haberes.
- **Afiliados Monotributistas:** fotocopia de los últimos 6 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo se recuerda que los pagos mensuales del monotributo deben estar al día.
- **Declaración Jurada de Afiliaciones** (Ver Anexo 4)
- **Constancia del PADRON DE BENEFICIARIOS (del afiliado que recibe el tratamiento) de la Superintendencia de Servicios de Salud**, en donde figure UNION PERSONAL como única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la siguiente página Web: www.argentina.gob.ar/sssalud accediendo a Consultas web/ padrón de beneficiarios/ acceso público e ingresando los datos del beneficiario.
- **Cronograma de horarios semanal del beneficiario** (Ver Anexo 10) Deberá ser completado y firmado por el afiliado titular donde detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individual) que realice.

REQUERIMIENTOS PARA EL MEDICO QUE PRESCRIBE

Resumen de Historia Clínica:

- Debe estar redactada por el profesional médico tratante y contener diagnóstico, descripción del estado actual, evolución y tratamiento que recibe.
- Debe estar firmada por el profesional con su sello correspondiente.
- Debe ser original.

Prescripción Médica:

- Debe presentarse en recetario aparte de la historia clínica.
- Debe indicar vigencia 2020
- Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea individual o institucional, detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones mensuales.
- En caso de tratamiento institucional, indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).
- Si se prescribe transporte, tomar en cuenta que el mismo se contempla para aquellos discapacitados que presenten minusvalías motoras, visuales, psicosis y/o autismo.
En caso de otras patologías se deberá efectuar una justificación del mismo quedando su otorgamiento a consideración de la Auditoría Médica en Discapacidad de la Obra Social.
Debe completarse la planilla correspondiente a la solicitud de transporte que se adjunta, cumplimentada por el médico tratante y el beneficiario titular (Ver Anexo 5)
Sí se solicita dependencia el médico deberá completar la planilla de modelo de independencia funcional (FIM) (Ver Anexo 7)

Toda enmienda, tachadura o agregado debe estar salvada con firma y sello del médico.

TANTO EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMO LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEBEN TENER FECHA ANTERIOR AL PRESUPUESTO Y AL INICIO DEL TRATAMIENTO

IMPORTANTE

En caso de solicitar tratamiento institucional (Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Centro de Rehabilitación) el médico prescriptor debe ser externo a la institución donde concurrirá el beneficiario.

REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

- **Nota de Consentimiento del afiliado titular:** Completar nota de acuerdo al modelo adjunto (Ver Anexo 1). Se debe presentar una nota por cada prestación, firmada por el titular y por el prestador en original.

Instituciones: Deben presentar presupuesto en original con Plan de tratamiento y fechado año 2020, detallando:

- Modalidad de prestación: Escuela Especial, Centro de Día, Hogar, Centro Educativo Terapéutico, etc.
- Tipo de Jornada: Simple o Doble.
- Tipo de Internación: permanente o de lunes a viernes.
- Días y horarios de atención
- N° de CUIT.
- En caso de solicitarse Dependencia se debe adjuntar la planilla FIM (medida de independencia funcional) con su puntaje correspondiente.
Todas las modalidades de Escuelas Especiales quedan excluidas de presentar la Planilla FIM, dado que para las mismas no está contemplado otorgar dependencia.
- Centro de Rehabilitación y Centro de Estimulación Temprana deberán presentar **Fotocopia del Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente.**
- Centro de día, Escuelas Especiales, Centros Educativos Terapéuticos, Centro de Integración Escolar y Hogares, deben presentar **Fotocopia de la categoría otorgada por el Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación, vigente.**
- Los prestadores deberán contar con el correspondiente Registro Nacional de Prestadores vigente.

Profesionales: Deben presentar Presupuesto en original (acorde a modelo adjunto en Anexo 1) con Plan de Tratamiento, firmado y sellado, detallando:

- Modalidad de la prestación
- Vigencia de la prestación.
- Detalle de días, **especificando los días de la semana de atención y horarios** y cantidad de sesiones por semana y por mes.
- Importe mensual y por sesión.
- Debe indicar en el mismo: domicilio de atención, teléfono, mail, sello y firma del profesional tratante.
- Fotocopia del Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud actualizado y título habilitante (Diploma) para todos los profesionales.
- En caso de que el prestador no posea número de prestador en Unión Personal, deberá presentar la Planilla de Alta de Prestadores (Ver Anexo 9)

En caso de las prestaciones Modulo Integral Intensivo, Modulo Integral Simple, prestaciones de apoyo, las mismas quedan supeditadas a disposiciones emitidas por la Superintendencia de Servicios de Salud quien eventualmente pueden modificarla

En caso de solicitar **Apoyo a la Integración Escolar** (Equipo o Maestro de Apoyo), es imprescindible presentar:

- Constancia de alumno regular.
- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia.
- Acta acuerdo firmada en original por un representante del equipo de la Integración Escolar o por profesional a cargo del tratamiento, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el afiliado titular de la Obra Social.

Podrán brindar **Apoyo a la Integración Escolar**

- Instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar

Podrán brindar la modalidad **Maestro de Apoyo**:

- Profesionales Psicopedagogos, Profesor en Educación Especial, Lic. en Ciencias de la Educación o Psicólogos.

El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

IMPORTANTE

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA LOS AFILIADOS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES. SIN EXCEPCIÓN.

En caso de solicitar **Estimulación Temprana** podrá ser brindada solo por:

- Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditado para tal fin.

Los pedidos de rehabilitación en agua se contemplarán exclusivamente en los siguientes casos:

- ***Kinesiología en agua***, si el profesional que brinda la prestación es kinesiólogo
- ***Psicomotricidad en agua***, si el profesional tratante es psicomotricista
- ***Rehabilitación o terapia en agua***, si el tratamiento se lleva a cabo en instituciones categorizadas para dicho tratamiento o bajo la coordinación de un médico fisiatra.

Los mismos deben ser solicitados por el médico tratante y los profesionales contar con **Registro Nacional de Prestadores**

Transporte

Se dará cobertura de transporte para aquellos afiliados que presenten cuadro de minusvalía visual, motora, psicosis y / o autismo y además no deberán poseer vehículos con franquicia por discapacidad.

Deberán presentar la siguiente documentación:

- Orden del medico tratante en su recetario
- Nota de consentimiento firmada solamente por el afiliado titular (Ver Anexo 1)
- Planilla de solicitud de transporte (Ver Anexo 5)
- Formulario de declaración jurada de posesión de vehículos con franquicia por discapacidad (Ver Anexo 6).
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) en caso de dependencia (Ver Anexo 7)
- Formulario de Traslados Especiales, indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación (detallando hora de ingreso y de egreso de los mismos) (Ver Anexo 8)

Las mismas se encuentran disponibles en la página web www.unionpersonal.com.ar
La coincidencia de días y horarios entre lo indicado por el profesional en el presupuesto y lo expresado en las planillas correspondientes es condición para su autorización.

NO requiere presentar presupuesto de transporte ya que el mismo será designado por la Obra Social

La cobertura del transporte en forma total o parcial será una decisión de la Obra Social a través de la evaluación del caso por el equipo interdisciplinario y la auditoria medica en Discapacidad

En caso de solicitar transporte a escuela común, centros de rehabilitación, Centros de día públicos, etc. se deberá adjuntar la Constancia de Alumno Regular o Constancia de Asistencia a dicha institución para acreditar dicha concurrencia.

OBSERVACIONES GENERALES

- En caso de tratamientos nuevos, ampliación y/o modificación, no podrá comenzar con la realización de los mismos hasta no estar emitida la autorización correspondiente. En caso de continuidad de tratamiento deberá presentar toda la documentación solicitada de acuerdo al presente instructivo en tiempo y forma y con un tiempo máximo de 60 días desde la fecha de inicio del tratamiento, caso contrario no obrara la continuidad del mismo, se tomará como inicio de trámite. Todo cambio de tratamiento deberá acompañarse de fundamento medico, con nuevo resumen de historia clínica, valoración del estado actual y evolución del paciente. Asimismo deberán presentarse nuevos presupuestos.
- No se dará curso al pedido de cobertura para el año 2020, si existiera pendiente de presentación documentación solicitada para el 2019.
- Los trámites deben ser presentados por el afiliado titular; de no ser así, la persona que lo presente, debe tener autorización por escrito del titular como representante del mismo.
- Cambios de Prestador: Deberá presentarse una nota del Afiliado Titular indicando los motivos de dicho cambio, y los periodos trabajados por cada uno de los profesionales, indicando nombre y apellido de los mismos. Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador (Ver Anexo 3)
- Los informes evolutivos de las prestaciones autorizadas, deberán presentarse de forma semestral.
- Las coberturas por discapacidad se otorgarán a partir del año de vida.
- **Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren en el nomenclador oficial de Discapacidad de la Superintendencia de Servicios de Salud.**

En caso de las prestaciones Modulo Integral Intensivo, Modulo Integral Simple, prestaciones de apoyo, las mismas quedan supeditadas a disposiciones emitidas por la Superintendencia de Servicios de Salud quien eventualmente pueden modificarla

ANEXO 1

Fecha

**Sres. Gerencia de Atención Personalizada
Sector de Necesidades Especiales
Presente**

Referencia: Consentimiento de Prestaciones de Discapacidad

Por la presente doy consentimiento al plan de tratamiento que se brinda a mi

.....bajo la modalidad.....

(nombre y apellido del afiliado para el que se solicita la prestación)

(Kinesiología, psicología, transporte, CET, Etc)

Asimismo acepto la gestión a realizar por la obra social ante la Superintendencia de Servicios de Salud según Resolución 1511/2012 SSSalud, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese trámite.

Firma del afiliado titular:.....

Aclaración:.....

DNI:.....

Nº de afiliado:.....

CUIL :.....

Teléfono:.....

Dirección de correo electrónico.....

Firma del Prestador:.....

Aclaración:.....

DNI:.....

ANEXO 2

Fecha:

PRESUPUESTO 2020

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Nº de Afiliado:

Prestación a realizar:

Periodo de atención:

Cantidad de sesiones semanales:

Valor sesión:

Observaciones:

Cronograma de asistencia

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Prestador

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Correo electrónico:

CUIT:

Firma y Sello

ANEXO 3

Declaración de cambio de prestador

Buenos Aires..... De.....de 20.....

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, el cambio de prestador para el tratamiento de..... que recibe mi hijo/a.....

Declaro que el prestador/a.....dejó de brindar la prestación en la fecha/...../.....

En su reemplazo se desempeñará el prestador/a..... a partir de la fecha/...../.....

Motivo del cambio:

Firma:

Aclaración:

DNI:

ANEXO 4

Declaración Jurada de Afiliaciones

Lugar:,/...../.....

Declaro bajo juramento que mi hija/o,

D. N. I. N° , actualmente no se encuentra afiliado a otro Agente del Seguro de Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria de mi hija/o dentro de las 72hs. de producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importará el derecho de Union Personal de disponer la baja inmediata de la afiliación de mi hija/o; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la obra social por la atención del mismo.

Nombre y apellido:

Firma:

Documento N°:

ANEXO 5

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:

D.N.I. – L.E. – C.I. – L.C.:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:

HORARIO LABORAL:

HERMANOS:

ACTIVIDAD:

TURNO HORARIO:

DIAGNÓSTICO

DSM IV (1)- CIE X

DEFICIENCIA:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:

MEDICO TRATANTE:

FIRMA

MÉDICO AUDITOR AGENTE DEL SEGURO:

FIRMA

(1) Consignar los Ejes

ANEXO 6

Sres. Gerencia de Atención Personalizada

Sector Necesidades Especiales

Presente

Por medio de la presente informo (bajo declaración jurada) que no poseo vehículo registrado a mi nombre obtenido con la franquicia que se otorga a personas discapacitadas

Firma:

Aclaración:

DNI:

ANEXO 7

Medida de Independencia Funcional

Nombre:..... **Edad:**..... **DNI:**.....

N° de Beneficiario:..... **Institución:**.....

Medida de Independencia Funcional (FIM)		
Actividad		
Auto Cuidado		Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o protesis)	
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o protesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
Control de Esfínteres		
7	Controlar intestino (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 control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
Modalidad		
Transferencia		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrara y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción		
12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (implica la el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria(implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
Puntaje FIM TOTAL		

Puntaje:

Independiente

7 Independiente Total

6 Independiente con adaptaciones

Dependiente

5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4 Solo requiere minima asistencia (sujeto aporta 75% o más)

3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)

2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)

1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE AFILIADO FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR

TELÉFONOS Casa Celular Trabajo

CORREO ELECTRÓNICO

INSTITUTO

NOMBRE

DOMICILIO DE ORIGEN LOCALIDAD

DOMICILIO DE DESTINO LOCALIDAD

Días (marcar con una x) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO

Horario de INGRESO * : : : : :

Horario de EGRESO * : : : : :

* Horarios oficiales de la institución

PERÍODO AUTORIZADO Desde el mes: Hasta el mes:

TRATAMIENTO 1

NOMBRE

DOMICILIO DE ORIGEN LOCALIDAD

DOMICILIO DE DESTINO LOCALIDAD

Días (marcar con una x) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO

Horario de INGRESO * : : : : :

Horario de EGRESO * : : : : :

* Horarios oficiales de la institución

Observaciones
Para completar por Obra Social

PERÍODO AUTORIZADO Desde el mes: Hasta el mes: FECHA DE CONFECCIÓN / /

Alta - Baja - Modificación de Prestadores / Proveedores

N° de expediente de comunicación _____

A	B	M

CAMBIO DE RAZON SOCIAL

VIGENCIA ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/> Accord 310	<input type="checkbox"/> AC211	<input type="checkbox"/> Platino/Oslera	<input type="checkbox"/> Accord Azul	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Monotributo/ Servicio Dom.
<input type="checkbox"/> Accord 210	<input type="checkbox"/> AC101	<input type="checkbox"/> Paltino	<input type="checkbox"/> Accord Verde	<input type="checkbox"/> PMO	<input type="checkbox"/> UP10
<input type="checkbox"/> Accord 110	<input type="checkbox"/> AC102	<input type="checkbox"/> Dorado/Oslera	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> PMO	
		<input type="checkbox"/> Dorado		<input type="checkbox"/> Monotributo	
		<input type="checkbox"/> Oslera			

Datos del Proveedor / Prestador

Razón social / Apellido y nombre: _____

N°CUIT _____ Matricula: _____ Especialidad: _____

Dirección Particular: _____ C.Postal _____

e-mail: _____ Tel.Celular: _____ Tel. Particular: _____

Clasificación del rubro al que se dedica: _____

Datos Bancarios e Impositivos

Cuenta bancaria: _____

Titular de la cuenta: _____

Tipo de cuenta: Caja de ahorro N° _____
 Cuenta corriente N° _____

C.B.U.: _____

Condición IVA: _____ Numero de INGRESOS BRUTOS: _____

IMPUESTO A LAS GANANCIAS: Gravado Exento (adjuntar certificado)

Cheques a la orden de: _____

Firma Prestador

Aclaración

Fecha

Sr. Prestador deberá adjuntar fotocopia de:

<input type="checkbox"/>	- TITULO MEDICO	<input type="checkbox"/>	- Copia de los estatutos sociales con la constancia de inscripción en el registro público (para sociedades)
<input type="checkbox"/>	- TITULO ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/>	- Acta de asamblea y directorio con designación de autoridades y cargos (para asociaciones)
<input type="checkbox"/>	- Habilitación consultorios o institución	<input type="checkbox"/>	- Copia de los poderes generales de administración del firmante (para sociedades)
<input checked="" type="checkbox"/>	- Inscripción en AFIP	<input type="checkbox"/>	- N° de prestador ante la SSS
<input checked="" type="checkbox"/>	- Inscripción Ingresos Brutos	<input type="checkbox"/>	- Seguro de Mala Praxis vigente personal y/o institucional

MOTIVO DE ABM*:

OBSERVACIONES:DISCAPACIDAD

<input type="checkbox"/>	Cartilla	<input type="checkbox"/>	Manupres	<input type="checkbox"/>	Única vez	<input type="checkbox"/>	Proveedor	<input type="checkbox"/>	NFC	<input type="checkbox"/>	Alta administrativa
Fecha y Firma			Fecha y Firma			Fecha y Firma					
Gcia. Salud			Gcia. Atención Personalizada			Gcia. Administración					
Coord Administrativa			Presidencia			Jurídicos					
Administración			Cartilla			Centro Autorizador					

* Este campo debe ser completado en TODOS los casos sin excepción.

Anexo 10

CRONOGRAMA DE HORARIOS SEMANAL ESCUELA-TRANSPORTE-TERAPIAS

Indicar el horario de las actividades diarias (incluyendo horario de colegio, integración escolar, maestra de apoyo y terapias, como así también si tiene transporte, con distancia y tiempo de viaje hacia las terapias).

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
7HS						
8HS						
9HS						
10HS						
11HS						
12HS						
13HS						
14HS						
15HS						
16HS						
17HS						
18HS						
19HS						

Firma del padre/tutor