REGLAMENTO DE COBERTURA ASISTENCIAL PARA BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD

Art. 1): La asistencia de las personas con discapacidad asociadas se regirá por el marco general normativo establecido por las leyes nacionales 22.431 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados y 24.901 que instituyó el Sistema de Prestaciones Básicas a favor de las personas con discapacidad, ajustado a los términos que se establecen en el presente Reglamento.

Art. 2): La asistencia a la persona con discapacidad queda genéricamente homologada a los alcances, requisitos, exigencias y valores de cobertura reconocidos en el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación. Los valores retributivos y sus alcances serán los que fije el Ministerio de Salud de la Nación en la Res. Min. 428/1999 y sus posteriores modificaciones al momento efectivo de la prestación de discapacidad.

Art. 3): La cobertura se brindará dentro del sistema de la Mutual por medio de la red de prestadores que posee contratados. Excepcionalmente y previo dictamen del equipo interdisciplinario de la Mutual, se podrá brindar la atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de prestadores contratados, en virtud de que deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la Ley 24.901. En todos los casos los valores y alcances de las prestaciones a reintegrar serán los que surjan de la Res Min. Salud 428/1999 y sus modificatorias; y conforme el marco de referencia citado en el artículo anterior.

Art. 4): Los asociados que refieran poseer alguna de las discapacidades contempladas en la definición del art. 9° de la Ley Nacional 24.901 podrán ser encuadrados dentro del esquema de cobertura a la persona con discapacidad, cuando se reúnan los siguientes requisitos taxativos:
a) Certificación de discapacidad extendida por el Ministerio de Salud de la Nación, quien expedirá el Certificado Único de Discapacidad a través del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Bs. As., o del organismo competente establecido en las leyes provinciales análogas para el caso de asociados residentes en el interior del país, de conformidad con lo requerido por el Art. 3° de la Ley Nacional 22.431, el Art. 10° de la Ley Nacional 24.901 y el Art. I° de la Resolución 6080/03, del Ministerio de Salud de la Nación.
b) Presentación del Manual de Acceso a Prestaciones de Discapacidad y sus correspondientes actualizaciones, que se agrega como Anexo I del presente, de forma completa en todos sus ítems y con una antelación de 40 días de comenzar con las prestaciones. Se aclara lo siguiente: RESPECTO DE ESTE MANUAL EL BENEFICIARIO DEBERÁ OBSERVAR LO SIGUIENTE: 1) los formularios no deben poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello o aclaración del responsable de completar y firmar los mismos; 2) fecha de inicio de las prestaciones: el primer mes de autorización coincidirá con el mes en el que se presentó la documentación completa o con el inicio del tratamiento según lo solicitado por el

médico, lo que suceda último; 3) la fecha de emisión de los formularios debe ser anterior al inicio del tratamiento; 4) el inicio de las prestaciones sin autorización previa NO OBLIGA a otorgar la cobertura debido a que en todos los casos se requiere del análisis previo del equipo interdisciplinario de la Auditoría Médica del Área de Discapacidad.
c) Documentación adicional que solicite en cada caso la Auditoría Médica, a resultas de su evaluación individual, la cual se notificará por medio fehaciente al beneficiario.

Art. 5): En ningún caso se otorgará cobertura por discapacidad a asociados que no tuvieren acreditada dicha condición por la autoridad competente indicada en el apartado a) del artículo anterior, salvo situación excepcional del artículo siguiente.

Art. 6): Los asociados que estén recibiendo cobertura diferencial, que poseen alguna de las discapacidades contempladas en el Art. 9° de la Ley Nacional 24.901 y que no tengan aún la certificación referida en el inc. a) del Art. 4 del presente reglamento, tendrán derecho a continuar con tales beneficios de manera transitoria siempre con la condición de que en un plazo máximo de 120 días corridos presenten el certificado de discapacidad a que se hace referencia, o constancia de inicio de trámite, lapso que comenzará a partir de la fecha de solicitud de inicio/renovación de la prestación, y cumplimentando con los requisitos b) y c) establecidos en el Art. 4) del presente.

Art. 7): A los efectos de identificar asociados incorporados definitivamente al plan de discapacidad, la Auditoría Médica exigirá como condición excluyente la presentación del certificado de discapacidad correspondiente. A esos efectos, deberá aceptarse como válido solamente el expedido por el organismo competente mencionado en el Art. 4° inc. a) del presente Reglamento.

Art. 8): Para los casos de prestaciones encuadradas en las modalidades de Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogares y Talleres, las instituciones prestadoras deberán presentar:
a) Habilitación extendida por autoridad competente, entendiéndose como tal la debida inscripción en el Registro Nacional de Prestadores o hallarse categorizado en el Servicio Nacional de Rehabilitación, según corresponda.
b) Certificación emitida por el Ministerio de Salud de la Nación encuadrando a la institución dentro de la categoría que le corresponde según sus características conforme los términos del Art. 17° de la Ley Nacional 24.901.
c) Programas de actividades y contenidos educativos supervisados por la autoridad competente conforme los términos del Art. 17 de la Ley 24.901.
d) Documentación adicional que se solicite en cada caso, a resultas de su evaluación individual.

Criterios de cobertura

Art. 9): A los efectos de establecer los alcances de cobertura que en cada caso corresponda otorgar, se tendrán por prestaciones de discapacidad a aquellas expresamente reguladas en el régimen legal de discapacidad.
Todas las prestaciones solicitadas podrán ser revisadas en su alcance y acceso por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, propios o contratados por la Mutual, los que fijarán acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preven-

tivo-promocionales de carácter comunitario y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Art. 10): En todos los casos, la cobertura se encuadrará según el nivel que corresponda por la edad del asociado requirente y su patología, conforme los criterios del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 11): La Mutual reconocerá la cobertura según los valores establecidos en el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación, según corresponda la modalidad de atención ambulatoria, prestaciones educativas, modalidad de internación o prestaciones de apoyo, de conformidad con la Res. Min. Salud 428/1999. Los profesionales y/o centros que lleven a cabo las prestaciones de rehabilitación deben estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores o categorizados en el Servicio Nacional de Rehabilitación, según corresponda.

Art. 12): Modalidad de Atención Ambulatoria. Atención ambulatoria (terapias individuales): de indicarse tratamiento relacionado con las especialidades de psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, musicoterapia y psicomotricidad en centros especializados, se aceptará su realización según la modalidad de atención ambulatoria del Anexo III punto 2.1 del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación. Las prestaciones deberán ser brindadas con prestadores contratados con esta Mutual. Las modalidades de cobertura serán las siguientes:
a) Fonoaudiología, Kinesiología, Psicomotricidad, Terapia Ocupacional, Psicopedagogía, Psicología y Musicoterapia: 100 % de cobertura, previa autorización de Auditoría Médica. Se establece expresamente que las prestaciones contempladas en este inciso podrán abonarse de la siguiente manera:
-En el caso de solicitarse una sola prestación de todas las aquí mencionadas, e interactuando sólo un profesional con la persona con discapacidad, la prestación se abonará por hora.
-En los supuestos de solicitarse más de una prestación y/o la intervención de más de un profesional, y además, superando la cantidad de 4 horas semanales por cada prestación individual y hasta 5 horas semanales por cada prestación, son aplicables los valores establecidos por el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS ACTUALIZACIONES para el módulo integral simple. En el caso de requerir 6 horas o más, se abonará lo establecido en el nomenclador mencionado para el módulo integral intensivo. En el supuesto que no llegase a la cantidad de 4 horas semanales, corresponde abonarse según lo establecido en el ítem anterior.
En los supuestos en los que las personas con discapacidad requirente de prestaciones tengan hasta 4 años de edad inclusive, el módulo a abonar será el establecido como Estimulación Temprana por el Nomenclador.

Art. 13): Prestaciones educativas: las prestaciones previstas en los Arts. 21 y 22 de la Ley 24.901 serán brindadas en instituciones estatales, estando a disposición de los beneficiarios el equipo

interdisciplinario perteneciente o contratado por la Mutual (Art. 11 Ley 24.901) para acompañarlo en la búsqueda de la institución adecuada para el beneficiario. La Escolaridad privada sólo se cubrirá cuando no exista institución estatal adecuada, previo dictamen del equipo interdisciplinario, y solamente en el caso que la situación socioeconómica familiar no permita el pago de los cánones educativos por quienes tienen el deber de alimentos para con el beneficiario. A estos efectos, la institución propuesta por el asociado deberá estar categorizada en el Servicio Nacional de Rehabilitación. En tal caso se cubrirán hasta 11 meses, quedando incluido en esta cobertura el concepto de matrícula (Res. 6080/2003, inc. 8 del Ministerio de Salud de la Nación). Las prestaciones brindadas en la modalidad Centro Educativo Terapéutico, se cubrirán todo el año (Res. 6080/2003, inc. 8° del Ministerio de Salud de la Nación).

Art. 14): La incorporación a instituciones educativas de educación sistemática, será reconocida a valores del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, para aquellas personas con discapacidad cuyo nivel de recuperación les permita incorporarse a la educación sistémica y con una evaluación de admisión del centro educativo al que aspira ingresar, que avale el potencial de recuperación del asociado.

Art. 15): Apoyo a la Integración Escolar: la Mutual reconocerá este concepto en aquellos casos en que esté debidamente acreditada su necesidad por Gabinete Psicopedagógico y/o la evaluación de su equipo interdisciplinario.
En caso de que se contribuya con la cuota de un colegio o escuela de educación común, la Mutual abonará por todo concepto (es decir, cuota del colegio más Prestación de Apoyo a la Integración Escolar) el monto establecido para la modalidad solicitada (jornada simple o doble) de la prestación educativa del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, según la edad del niño y conforme los valores de dicho Nomenclador.
Para las Prestaciones Maestro de Apoyo o Apoyo a la Integración Escolar (Equipo), los profesionales propuestos deberán estar habilitados y deberán acreditar Títulos Profesionales de:
- Profesorado de Educación Especial
- Licenciatura en Psicopedagogía
- Licenciatura en Ciencias de la Educación
- Licenciatura en Psicología

Respecto a la vigencia de las Prácticas de Integración Escolar, se tendrá en cuenta el período lectivo.

Art. 16): Modalidad de Internación: A- Módulo Hogar: La Mutual cubrirá esta modalidad de internación en "hogar" o similar con carácter de institucionalización permanente del paciente, en los casos en que el asociado no tuviere grupo familiar propio o continente, en concordancia a lo establecido en el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación (Res. 6080/2003 -Anexo II - Punto 2.2. del Ministerio de Salud de la Nación).

Art. 17): Contención Domiciliaria-Asistencia: para acceder a los servicios previstos por la norma del Art. 39 inc. d) de la Ley 24.901, el beneficiario y su familia deberán colaborar en todo lo que esté a su alcance a los fines de que esta entidad pueda, a través del equipo interdisciplinario

perteneciente o contratado, brindar a las personas con discapacidad los apoyos de un asistente domiciliario a fin de favorecer su vida autónoma, evitar su institucionalización o acortar los tiempos de internación.
El mencionado equipo interdisciplinario evaluará los apoyos necesarios, incluyendo intensidad y duración de los mismos así como su supervisión, evaluación periódica, reformulación, continuidad o finalización de la asistencia.
El asistente domiciliario deberá contar con la capacitación específica avalada por la certificación correspondiente expedida por la autoridad competente.
La pertinencia del pedido será evaluado conforme a la situación socio-familiar del paciente (Anexo XXII: "Servicios Contemplados en el Art. 39 Ley 24.901 Asistente Domiciliario").
Siendo las tareas de asistencia domiciliaria subsidiarias al deber legal de alimentos, el beneficiario o su grupo familiar deberán previamente acreditar que no cuentan con recursos económicos y humanos para hacer frente a las erogaciones y que quienes se encuentran obligados al deber de alimentos y cuidados no puedan cumplimentarlo por causas de fuerza mayor. Se establece expresamente que el valor de la hora o mensual (si correspondiere) será como tope el que surja del Convenio Colectivo de Trabajo de Servicios Domésticos - Categoría Cuarta "Cuidado de Personas con Retiro" conforme Ley N° 26.844, con sus debidas actualizaciones paritarias.
La contratación del personal para la contención domiciliaria del paciente será a exclusiva elección del grupo familiar o responsable directo, deslindándose toda responsabilidad por parte de la Mutual. A esos efectos, esta Mutual requerirá que la prestación sea cubierta por personal idóneo para esta función, previa evaluación y autorización del equipo interdisciplinario.
Cobertura: solo por vía de REINTEGRO.
Para hacer efectivo el reintegro el/la asociado/a deberá acompañar:
a) Comprobantes de pago oficiales.
b) Formulario de autorización.
c) Planillas de asistencia.

Se excluye de esta valoración económica el servicio que brindan acompañantes terapéuticos.

Art. 18): A todos los efectos para la aplicación de la normativa citada, si fuere necesario, se completará la información consignada en afiliaciones, con una evaluación socio económica que deberá realizar el servicio social de esta Mutual, en orden a lo que establece la Ley Nacional 24.901, en su Art. N° 19.

Art. 19): Prestaciones excluídas de la Legislación vigente en la materia.

A. Acompañante Terapéutico
Las prestaciones a brindar por acompañantes terapéuticos serán en base a las siguientes consideraciones:
1) El Acompañante Terapéutico es un agente de salud que debe estar en condiciones de interactuar tanto con el paciente y familiares como así también con médicos psiquiatras y psicoterapeutas; por ende, debe adquirir competencias para comunicarse eficazmente con todos sus interlocutores.
2) Debe poseer conocimientos de psicopatología, psicofarmacología, intervención en urgencias y manejo de crisis. Si la tarea lo requiere, deberá contar con formación pedagógica.

3) El acompañamiento terapéutico es un recurso de Salud Mental para evitar la internación psiquiátrica y favorecer la resocialización. No resulta pertinente como acompañamiento no terapéutico y/o cuidados de todo tipo en todas las edades. Su autorización está sujeta, siempre que se considere viable su pedido, a la evaluación por parte del equipo interdisciplinario de la Auditoría Médica del Área de Discapacidad, de los diferentes informes solicitados.
4) Su retribución mensual será:
-Acompañante Terapéutico ESCOLAR (dentro y fuera del aula) y EN DOMICILIO: PESOS DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO CON DIECIOCHO CENTAVOS ($2485,18) valor hora. Si la prestación supera la cantidad de diez (10) horas semanales, se abonará un valor mensual total de PESOS CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CATORCE CON SESENTA Y CINCO CENTAVOS ($154.514,65).
Los montos mencionados serán actualizables conforme porcentaje aprobado por la Superintendencia de Servicios de Salud para prestaciones incluidas dentro del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
La contratación del profesional que llevará a cabo el acompañamiento terapéutico será a exclusiva elección del grupo familiar o responsable directo, deslindándose esta Mutual de toda responsabilidad.
Cobertura: se pagará directamente al profesional elegido según los alcances establecidos en este reglamento.
Para hacer efectivo el pago el/la prestador/a y/o asociado/a deberán acompañar:
a) Comprobantes de pago oficiales.
b) Formulario de autorización.
c) Planillas de asistencia.

B. Residencia/Geriátrico
Se cubrirá únicamente mediante subsidio con los alcances que seguidamente se exponen. La institución geriátrica deberá contar con las habilitaciones correspondientes expedidas por la autoridad competente.
La pertinencia del pedido será evaluado conforme a la situación socio-familiar del paciente.
Siendo las tareas de asistencia domiciliaria subsidiarias al deber legal de alimentos, el beneficiario o su grupo familiar deberán previamente acreditar que no cuentan con recursos económicos y humanos para hacer frente a las erogaciones y que quienes se encuentran obligados al deber de alimentos y cuidados no puedan cumplimentarlo por causas de fuerza mayor. Se establece expresamente que el valor mensual del subsidio será de PESOS DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE CON CINCUENTA Y UN CENTAVOS ($274.267,51) actualizable conforme porcentaje aprobado por la Superintendencia de Servicios de Salud para prestaciones incluídas dentro del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. La contratación del establecimiento para la contención del paciente será a exclusiva elección del grupo familiar o responsable directo, deslindándose toda responsabilidad por parte de la Mutual. A esos efectos, esta Mutual requerirá que la prestación sea cubierta por personal idóneo para esta función, previa evaluación y autorización del equipo interdisciplinario.
Cobertura: solo por vía de REINTEGRO.
Para hacer efectivo el reintegro el/la asociado/a deberá acompañar:

a) Comprobantes de pago oficiales.
b) Formulario de autorización.
c) Planillas de asistencia.

Art. 20): Modalidad de Prestaciones Anexas: A- Transporte: El módulo de transporte comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar en el que realiza sus prestaciones ambulatorias y viceversa. A estos efectos, se autorizará conforme lo establecido en la normativa vigente en la materia.
Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, Art. 22. inc. a).
La Mutual abonará hasta los valores retributivos que surjan de la Res. Min. Salud 428/1999 y sus modificatorias, y conforme lo establece el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación (Res. 6080/03).

Art. 21): La provisión de prótesis, órtesis, medicamentos y suplementos dietarios, y la autorización de prácticas se brindarán (previa evaluación médica del equipo interdisciplinario de la Mutual) sin costo para el asociado, exclusivamente cuando se refieran a la patología discapacitante. Para el resto de las patologías del asociado la cobertura será la que corresponda a su plan de salud.

Anexo: Forma parte del presente el siguiente anexo:
1) Anexo I: "Manual de Acceso a Prestaciones de Discapacidad".

SCS-DR05155-R14

Anexo I

Manual de Acceso a **Prestaciones** de **Discapacidad**

2026

ASPECTOS IMPORTANTES

• El legajo completo deberá ser presentado por el Asociado a través de la Web o en el Centro de Atención Regional más cercano o en la Entidad según corresponda, 40 días antes de comenzar con las prestaciones.

• Los Formularios deben estar cumplimentados en su totalidad y con letra legible.

• La fecha de Emisión debe ser anterior al inicio del tratamiento.

• Es requisito que los formularios estén confeccionados según las instrucciones que se detallan en cada uno de ellos. No deben poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello o aclaración del responsable de completar y firmar los formularios.

• Verifique que la documentación que obra en su poder coincida con la solicitada para cada caso. Quien recepcione la misma efectuará el análisis correspondiente y en caso de inconsistencia o datos faltantes, se procederá a la devolución.

• El Certificado Único de Discapacidad (CUD) debe presentarse sin excepción con el expediente. El mismo tiene que ser válido por la Agencia Nacional de Discapacidad, según Resolución vigente.

• El inicio de las prestaciones sin autorización previa NO OBLIGA a otorgar la cobertura, debido a que en todos los casos se requiere de la Auditoría del Área de Discapacidad.

• En caso de ser necesario, el Área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de realizar la evaluación correspondiente.

• Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria serán autorizadas por 11 meses al año, esto en función a los períodos vacacionales y la necesidad de descanso.

• La prestación de transporte será autorizada por el menor recorrido establecido según google maps.

• Los requerimientos documentales se encuentran sujetos a disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, por lo tanto el presente Manual puede tener modificaciones por Resoluciones de futura aplicación.

CIRCUITO DE LA AUTORIZACION PREVIA

La gestión de la autorización de todas las prestaciones vinculadas a Discapacidad, se encuentran a cargo del Asociado o familiar, y se realiza a través de la Web o Centro de Atención Regional o Entidad a la cual se encuentre adherido.

La Auditoría de Discapacidad efectuará el control técnico-administrativo y se procederá a emitir el FORMULARIO N° 4 PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA, con el detalle de las prestaciones autorizadas.

El Prestador recibirá mensualmente, vía correo electrónico, el formulario de autorización previa del mes en curso.

VÍAS DE CONTACTO PARA ASOCIADOS

- **Línea Exclusiva para Asociados** 0810-444-72583 (SALUD)
- **ospersaams.com.ar**
- **Centros de Atención Regional y Entidades**
- **Canal de WhatsApp + 54 3493516640 (lunes a viernes de 8 a 17 hs.)**

VÍAS DE CONTACTO PARA PRESTADORES

- **Línea Exclusiva para Prestadores:** 0800-7777-72583 (SALUD)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR Y FORMULARIOS

DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIADO

DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIADO

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Certificado de Discapacidad (Hoja 1 de 4)	
- Formulario Datos del Asociado (Hoja 2 de 4)	
- Formulario Cronograma de Actividades (Hoja 3 de 4)	
- Constancia de Concurrencia Escolar o a Centro Educativo Terapéutico (Hoja 4 de 4)	

FORMULARIO DATOS DEL ASOCIADO 2026

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO CON DISCAPACIDAD

*Apellido y Nombre:*_____ *Edad:*_____ *Fecha de Nacimiento:*_____
*Documento: Tipo:*_____ *Nº:*_____
*Domicilio:*_____ *Localidad:*_____ *Provincia:*_____
*Teléfonos: Celular:*_____ *Fijo:*_____
*Correo Electrónico:*_____
*Nombre del Establecimiento Educativo actual y Grado:*_____

CONTACTO ALTERNATIVO

*Apellido y Nombre:*_____
*Vínculo:*_____
*Teléfonos: Celular:*_____ *Fijo:*_____
*Correo Electrónico:*_____

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Apellido y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y Horarios Laborales

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Personas en contacto directo y frecuente con el Asociado con discapacidad

Apellido y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y Horarios Laborales

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA Y/O SOLICITANTE

*Apellido y Nombre:*_____
*Teléfonos: Celular:*_____ *Fijo:*_____
*Correo Electrónico:*_____

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de Declaración Jurada.

OBS-FR05017-R07

_____
FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

_____
ACLARACIÓN

FORMULARIO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2026

FECHA:____/____/____

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

*Documento: Tipo:*_____ *N°:*_____

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma, indicando:

A) En la columna HORARIO detallar la franja horaria en la que el Asociado recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin.

B) En la columna DÍAS colocar el día en que recibe la prestación y especificar el nombre de la misma.

HORARIO		DÍAS						
INICIO	FIN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
08:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
20:.....	.....:.....							

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE COMPLETAR EL MÉDICO ESPECIALISTA

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SOLICITAR EL ASOCIADO AL MÉDICO ESPECIALISTA

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Pedido Médico (Hoja 1 de 6)	
- Formulario Solicitud de Transporte (Hoja 2 de 6)	
- Formulario Resumen de Historia Clínica (Hoja 3 de 6)	
- Formulario FIM (Hoja 4, 5 y 6 de 6)	

FORMULARIO PEDIDO MÉDICO 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:___/___/___

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

*N° de Asociado:*_____

*Documento: Tipo:*_____ *N°:*_____ *Edad:*_____ *Sexo:*_____

Escolarizado (En caso afirmativo deberá presentar Certificado de Alumno Regular) SI ☐ NO ☐

DIAGNÓSTICO

_____

PRESTACIONES SOLICITADAS

Institución (CET - Centro de Día - Hogar con Centro de Día, etc.)

Especialidad: _____

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Tipo de jornada: simple ☐ *doble* ☐

DEPENDENCIA **SI** ☐ **NO** ☐ *En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM confeccionado por terapista ocupacional*

Justificación médica de dependencia:

_____

_____

Módulo Maestro de Apoyo

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Cantidad de horas semanales: _____

Módulo Apoyo a la Integración Escolar Equipo

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Cantidad de horas semanales: _____

Prestaciones ambulatorias por sesión

- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  *Período: de*_____ *(mes) hasta*_____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  *Período: de*_____ *(mes) hasta*_____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  *Período: de*_____ *(mes) hasta*_____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  *Período: de*_____ *(mes) hasta*_____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO SOLICITUD DE TRANSPORTE 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:___/___/___

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

*N° de Asociado:*_____

*Documento: Tipo:*_____ *N°:*_____ *Edad:*_____ *Sexo:* _____

Posee franquicia vehicular adquirida ***SI*** ☐ ***NO*** ☐

DIAGNÓSTICO

_____

_____

_____

JUSTIFICACIÓN MÉDICA

Indicar motivo/s por el cual el Asociado se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público.

_____

_____

_____

TRASLADOS

Prestación: _____

Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

Prestación:_____

Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

Prestación:_____

Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

Prestación:_____

Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

DEPENDENCIA SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM

Justificación médica de dependencia: _____

_____

_____

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:___/___/___

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *Nº:* _____ *Edad:* _____ *Sexo:* _____

DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE

EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO DE BASE

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales)

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIONES EDUCATIVAS

OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRIPTOS

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO

_____/_____/_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO FIM

FECHA:___/___/___

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiátra en caso de patologías mentales.
Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evolución 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 items incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Completar todos los campos del Formulario

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____ *Edad:*_____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

Diagnóstico: _____

Institución: _____ *Fecha de ingreso a la Inst.:* ___/___/___

*Modalidad:*_____

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	Autocuidado	
1	Alimentación *(uso de utensilios, masticar y tragar la comida)*	
2	Aseo personal *(lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)*	
3	Baño *(aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)*	
4	Vestido parte superior *(de la cintura hacia arriba así como colocar ortesis o prótesis)*	
5	Vestido parte inferior *(resto de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)*	
6	Uso del baño *(mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)*	
	Control de esfinteres	
7	Control de intestino *(control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)*	
8	Control de vejiga *(control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)*	
	Transferencias	
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama *(pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)*	
10	Transferencia al baño *(sentarse y salir del inodoro)*	
11	Transferencia a la ducha o bañera *(entrar y salir de la bañera o ducha)*	
	Locomoción	
12	Marcha/Silla de ruedas *(caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)*	
13	Escaleras *(subir y bajar escalones)*	
	Comunicación	
14	Comprensión *(entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)*	
15	Expresión *(expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)*	
	Conexión	
16	Interacción social *(habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)*	
17	Resolución de problemas *(resolver problemas cotidianos)*	
18	Memoria *(habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares)*	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Independiente	Puntuación
Independiente Total	7
Independiente con Adaptaciones	6
Dependiente	**Puntuación**
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% a más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% a más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% a más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

PUNTAJE FIM TOTAL

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los prof. intervenientes

FIRMA Y SELLO DEL T. OCUPACIONAL

N° de Matrícula:

FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

N° de Matrícula:

Especialidad:

OBS-FR05027-R02

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1- ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria 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 órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....

.....

5- VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis 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 absorventes. Frecuencia.

.....

.....

9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, 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 ducha o bañera.

.....

.....

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

.....

.....

13- ESCALERAS: Implica subir o 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 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 terapeúticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

.....

.....

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: 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 neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

.....

.....

FIRMA Y SELLO DE TERAPEUTA OCUPACIONAL

FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones en Ambulatorio-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Ambulatorio -

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 11)	
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 11)	
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 11)	
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Ambulatorio (Hoja 4 de 11)	
- Título Profesional Habilitante. Matrícula (Hoja 5 de 11)	
- Habilitación del Consultorio o lugar donde brinda el Servicio. (Hoja 6 de 11)	
- Constancia de Inscripción en el Reg. Nac. de Prestadores. (RNP) (Hoja 7 de 11)	
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 8 de 11)	
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos (Hoja 9 de 11)	
. Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.	
. Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276	
- Seguro de Responsabilidad Civil (Hoja 10 de 11)	
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 11 de 11)	

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2026

FECHA:___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR **(en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta):** _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO:_____ DPTO.:_____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO:___/___/___

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___ /___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *Nº:*_____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

*Prestación:*_____

Período: Desde _____ *Hasta:*_____ *Año:* *2026*

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

_____

ACLARACIÓN

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___/___

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:_____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Prestador: _____

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN AMBULATORIO 2026

(Kinesiología, Fonoudiología, Psicología, Terapia Ocupacional, etc.)

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde : _____ *Hasta:* _____ *Año:* 2026

Cantidad de sesiones semanales: _____ *Cantidad de sesiones mensuales:* _____

Monto por Prestación: $ _____ *Monto Mensual: $* _____

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Domicilio real donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ *Provincia:* _____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

_____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	*DESDE*						
	HASTA						

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
	Dejo constancia de mi consentimiento al programa descripto precedentemente
_____ **Firma del Profesional**	_____ **Firma**
_____ **Sello o Aclaración del Profesional**	_____ **Aclaración** _____ **Tipo y N° de Documento**
	_____ **Vínculo**

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Apoyo a la Integración Escolar-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Apoyo a la Integración Escolar -

(Módulo maestra de apoyo - Módulo de apoyo a la integración escolar en equipo)

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 13)	
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 13)	
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 13)	
- Formulario Presup. Maestro o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar. (Hoja 4 de 13)	
- Formulario Detalle de Prof. que integran el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar (Hoja 5 de 13)	
- Acta Acuerdo de Integración (se puede presentar hasta 60 días posterior al comienzo del ciclo lectivo) (Hoja 6 de 13)	
- Formulario de Adaptaciones Curriculares (Hoja 7 de 13)	
- Certificado de alumno regular (se puede presentar 60 días posterior al comienzo del ciclo lectivo. Debe estar completa y sellada en todos los campos requeridos) (Hoja 8 de 13)	
- Habilitación como equipo o Certificado analítico de Materias según corresponda (Hoja 9 de 13)	
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 10 de 13)	
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos. (Hoja 11 de 13)	
. Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.	
. Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276	
- Seguro de Responsabilidad Civil (Hoja 12 de 13)	
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 13 de 13)	

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2026

FECHA:___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR **(en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta):** _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO:_____ DPTO.:_____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO:____/____/____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___ /___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *Nº:*_____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

*Prestación:*_____

Período: Desde _____ *Hasta:*_____ *Año:* *2026*

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___/___

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:_____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Prestador: _____

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO MAESTRO DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2026

FECHA:___/___ /___ *Debe ser anterior al inicio del tratamiento*

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MÓDULO MAESTRO DE APOYO ☐ *MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO* ☐

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año:* 2026

Cantidad de horas semanales: _____ *Cantidad de horas mensuales:* _____

Monto por Prestación: $ _____ *Monto Mensual: $* _____

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD AÚLICA

En la Escuela común sito en la Calle: _____ *N°:* _____

de la Ciudad de _____ *Provincia:* _____

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS *DESDE*					
HORARIOS *HASTA*					

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA

Domicilio real donde se brindará la presentación, sito en _____ *N°:* _____

Calle: de la Ciudad de _____ *Provincia:* _____

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS *DESDE*					
HORARIOS *HASTA*					

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
_____ Firma del Profesional o Responsable de la Institución	*Dejo constancia de mi consentimiento al programa descripto precedentemente* _____ Firma
_____ Sello o Aclaración del Profesional	_____ Aclaración _____ Tipo y N° de Documento
_____ Sello de la Institución	_____ Vínculo

FORMULARIO DETALLE DE PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2026

FECHA:___/___ /___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

LISTADO DE PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
-debe estar detallado el equipo completo-

Nombre	Apellido	Especialidad	N° Matrícula	Firma y Sello

ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN 2026

En la ciudad de.....a los.....días del mes de.....del año 2026

se establece en común acuerdo entre las instituciones..... y los padres del alumno/a

.....lo siguiente:

1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.

2 - El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.

3 - La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.

4 - Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informaran en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.

5 - Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.

6 - Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.

7 - Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones. Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los Días y Horarios Desde					
Hasta					

AÑO: 2026 SALA: _____ TURNO: _____

FIRMA RESPONSABLE DEL ASOCIADO: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA Y SELLO DE LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA Y SELLO DEL/LA COORDINADOR/A DEL EQUIPO DE INTEGRACIÓN: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA DOCENTE INTEGRADOR: _____

ACLARACIÓN: _____

FORMULARIO DE ADAPTACIONES CURRICULARES 2026

FECHA:____/____/____

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *N°:*_____

ADAPTACIONES CURRICULARES POR ÁREA

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones en Instituciones-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Instituciones -

(Centro de Día-Centro Educativo Terapeútico-Hogares-Hospital de Día-Residencia-Formación Laboral-Escolaridad)

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 12)
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 12)
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 12)
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Instituciones (Hoja 4 de 12)
- Formulario para Instituciones de Estimulación Temprana (Hoja 5 de 12)
- Constancia de Concurrencia a la Institución (Hoja 6 de 12)
- Informe Social (Hoja 7 de 12)
- Constancia de Inscripción en el Servicio Nac. de Rehabilitación. (SNR) (Hoja 8 de 12)
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 9 de 12)
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos (Hoja 10 de 12)
  . Contribuyente local o convenio bilateral.
  . Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.
  . Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276
- Habilitación Municipal (Hoja 11 de 12)
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 12 de 12)

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2026

FECHA:___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR **(en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta):** _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO:_____ DPTO.:_____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO:____/____/____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___ /___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *Nº:*_____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

*Prestación:*_____

Período: Desde _____ *Hasta:*_____ *Año:* *2026*

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

_____

ACLARACIÓN

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___/___

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:_____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Prestador: _____

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN INSTITUCIONES 2026

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Tipo de jornada a realizar: Simple ☐ *Doble* ☐

Categoría A ☐ *B* ☐ *C* ☐

Incluye almuerzo SI ☐ *NO* ☐ *Dependencia, sujeto a evaluación SI* ☐ *NO* ☐

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026

Monto Mensual $ _____

DATOS DEL PRESTADOR O INSTITUCIÓN

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Domicilio real donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ *Provincia:* _____

Correo Electrónico: ***(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :*** _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS DESDE					
HASTA					

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
	Dejo constancia de mi consentimiento al programa descripto precedentemente
_____ Firma del Profesional o Responsable de la Institución	_____ Firma
_____ Sello o Aclaración del Profesional	_____ Aclaración _____ Tipo y N° de Documento
_____ Sello de la Institución	_____ Vínculo

FORMULARIO PARA CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA 2026

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

A continuación detallamos los Profesionales que participan en el tratamiento de estimulación temprana:

PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA -se debe detallar el listado completo de los profesionales intervinientes-

Especialidad	Apellido	Nombre	N° Matrícula	Firma y Sello
Médico Pediatra o Neurólogo Infantil				

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones de Transporte-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones de Transporte -

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 11)	
- Formulario Presupuesto de Transporte (Hoja 2 y 3 de 11)	
- Carnet de Conducir (Hoja 4 de 11)	
- Habilitación Municipal (Hoja 5 de 11)	
- Póliza y Cobertura de Seguro (Hoja 6 de 11)	
- Verificación Técnica Vehicular (VTV) (Hoja 7 de 11)	
- Constancia de Inscripción de AFIP (debe corresponder con la actividad principal de traslado) (Hoja 8 de 11)	
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos. (Hoja 9 de 11)	
. Contribuyente local o convenio bilateral	
. Certificado Exención y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos	
. Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276	
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 10 de 11)	
- Constancia Policial de Domicilio (Hoja 11 de 11)	
- Mapa Google Maps con el menor recorrido (se autorizará el menor recorrido establecido).	

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2026

FECHA:___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR **(en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta):** _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO:_____ DPTO.:_____

C.P.: _____LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN:_____ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO:____/____/____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2026

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

_____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

_____

RECORRIDO

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar) acompañado de su respectivo mapa. Indicar con una cruz si corresponde Ida y Regreso o solo uno de los trayectos.

RECORRIDO 1

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 2

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 3

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2026

RECORRIDO 4

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ *Nº:* ____ *Localidad:* _____

Hasta Calle: _____ *Nº:* ____ *Localidad:* _____

Días	**LUNES**	**MARTES**	**MIÉRCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SÁBADO**
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026

Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 5

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ *Nº:* ____ *Localidad:* _____

Hasta Calle: _____ *Nº:* ____ *Localidad:* _____

Días	**LUNES**	**MARTES**	**MIÉRCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SÁBADO**
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026

Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

Prestación con dependencia, sujeto a evaluación: **SI** ☐ **NO** ☐

En caso de requerir dependencia, detallar apoyos específicos que se brindan:

_____

_____

CANTIDAD DE KILOMETROS MENSUALES: _____

MONTO MENSUAL: $ _____

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	**ASOCIADO O RESPONSABLE**
	Dejo constancia de mi consentimiento al programa descripto precedentemente
_____ **Firma del Transportista**	_____ **Firma**
_____ **Aclaración**	_____ **Aclaración**
	_____ **Tipo y N° de Documento**
	_____ **Vínculo**

OTROS FORMULARIOS

NOTA DE SOLICITUD DE FIN O CAMBIO DE PRESTACIÓN 2026

Apellido y Nombre del Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

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

(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc.) con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ____/____/____

Solicito nueva alta para la prestación de _____

con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ____/____/____ *y por el período* _____

Motivo del fin o cambio de prestación: _____

_____

_____

_____

FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

_____

ACLARACIÓN

_____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *Nº:* _____

DOCUMENTACIÓN 1 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 2 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 3 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 4 NO PRESENTADA

Motivos: _____

FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

ACLARACIÓN