

INSTRUCTIVO DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD 2026

Aspectos importantes

La documentación requerida debe corresponder al tratamiento anual prescripto.

La documentación presentada deberá estar firmada en forma ológrafa por el beneficiario y el prestador.

No se aceptarán documentos con tachaduras y/o enmiendas

Los tratamientos deben estar solicitados con anticipación para su correcta auditoría administrativa, permitiendo de esa manera la autorización o reorientación de los tratamientos indicados sin perjudicar el proceso terapéutico del paciente.

En caso de un cambio de profesional para determinada práctica, se deberá presentar una nota con la documentación del nuevo profesional, explicando los motivos del cambio.

El equipo interdisciplinario del Agente de Seguro de Salud podrá solicitar documentación respaldatoria adicional si lo considera pertinente.

Al final del presente instructivo se adjuntan los formularios destinados a la presentación de documentación.

Los requerimientos documentales se encuentran sujetos a disposición de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Envío Y Recepción de Documentación

La gestión de la autorización de todas las prestaciones vinculadas a Discapacidad debe ser iniciadas por el familiar a cargo del asociado y se realiza a través del mail del sector discapacidad_osphg@mphominis.com.ar o canal que se indique por comunicaciones internas.

La recepción de la documentación NO significa la autorización de la cobertura solicitada. El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACION PREVIA será bajo responsabilidad del prestador y no obliga al Agente de Seguro de Salud a cubrir la prestación. La autorización en periodos anteriores no da derecho al prestador a continuar con la prestación sin la previa autorización del Agente de Seguro de Salud.

Documentación que debe presentar el afiliado

CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD (CUD): debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. Es requisito excluyente que el certificado se encuentre vigente. Se recomienda sacar turno con anticipación para evitar llegar a la fecha de vencimiento del mismo, ya que el Mecanismo de Integración no acepta CUD en trámite.

DNI DEL TITULAR

DNI DEL MENOR

PARTIDA DE NACIMIENTO DEL MENOR

RECIBOS DE HABERES: debe presentar copia de los 2 (dos) últimos en caso de trabajo en relación de dependencia o 6 (seis) últimos pagos de Monotributo anteriores al inicio de las prestaciones-

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (HC): actualizado, firmado y sellado por el médico tratante. Debe incluir las intervenciones terapéuticas y/o educativas previas. Plan terapéutico y farmacológico si lo hay. Debe indicar las prestaciones requeridas, evoluciones del tratamiento en el último año. La fecha de la HC debe ser anterior al inicio de las prestaciones. Deberá justificar ampliamente la dependencia en el caso que se requiera.

DECLARACION JURADA DE DATOS AFILIATORIOS (se adjunta modelo de planilla)

NOTA DE CONFORMIDAD DE PRESTACIONES: firmada por el padre, tutor o encargado del beneficiario. Se adjunta modelo de planilla (Planilla II)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (se adjunta formulario)

CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR (la falta de presentación en tiempo y forma, posibilita la suspensión de las prestaciones educativas.

FORMULARIO DE PEDIDO MEDICO O ORDENES DE TRATAMIENTO: deben contener nombre y apellido completo del afiliado, número de DNI, diagnóstico, sello y firma del médico solicitante, la fecha del formulario u órdenes debe ser anterior a la fecha de inicio de la prestación.

- Se debe especificar periodo y año que comprende la prestación.
- En caso de prestaciones ambulatorias debe especificar la cantidad de sesiones semanales.
- De tratarse de una institución, detallar el tipo de jornada y categoría

Cabe aclarar que las ordenes médicas no admiten enmiendas ni tachaduras, en caso de errores de tipeo no enmendar ni borrar con correctos, sino aclarar con leyenda "Digo" Con firma y sello sobre la corrección.

DEPENDENCIA: en caso de solicitarla, deberá estar aclarado y fundamentado en la orden médica. Se debe incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional (FIM) realizada por un terapeuta ocupacional (cobertura solo para mayores de 6 años según Art. 13 Ley 24.901).

DOCUMENTACION PARA LAS DIFERENTES PRESTACIONES

Los profesionales que realizan tratamientos individuales de rehabilitación (Kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos, etc.) deberán enviar:

1. Plan de tratamiento inicial
2. Informe inicial, semestral y final
3. Presupuesto: debe estar actualizado a valor nomenclador SSS y detallar el valor por sesión y mensual (*Se adjunta modelo de Planilla 003*)
4. Título y Analítico de la especialidad (No se aceptarán títulos en trámites)
5. Certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) ya que no serán autorizados aquellos profesionales que no se encuentren inscriptos, El RNP deberá estar vigente, no se aceptarán inscripciones en trámites.
6. Constancia de inscripción en AFIP
7. Habilitación de consultorio
8. Seguro de Mala Praxis
9. CV con datos personales actualizados (Teléfono y Mail son datos Obligatorios)
10. Comprobante de CBU emitido por el Banco Oficial que permita vincular Cuenta con CUIT del prestador. De cambiar la cuenta, se deberá enviar el CBU actualizado.

En caso de prestaciones tales como: escuelas especiales, CET. Hogar. Centro de día, de formación laboral y módulo de apoyo a la integración, enviar:

1. Plan de trabajo con adaptaciones curriculares por área (inicial).
2. Presupuesto sujeto al nomenclador y sus modificaciones.
3. En caso de Hogar permanente informe semestral realizado y firmado por trabajadora social (ajena a la institución)

4. Acta – Acuerdo firmada por la escuela, el equipo de integración y los padres del alumno. Planilla de asistencia, con días y horarios de concurrencia.
5. Constancia de alumno regular de la escuela común.
6. Habilitación y categorización (completa de inscripción en el registro de Prestadores del Servicio Nacional de Rehabilitación, vigente, donde conste la categoría correspondiente a la prestación que brinda).
7. Datos bancarios; comprobante de CBU emitido por el banco que permita vincular CBU con CUIT correspondiente.
8. La constancia del Registro Nacional de Prestadores debe corresponder al prestador (profesional y/o institución) que presupuesta y factura. Además de la inscripción y la categorización asignada por la Agencia Nacional de Discapacidad, las instituciones deben contar con la habilitación municipal correspondiente.

Para los casos de requerir transporte:

1. El médico tratante deberá justificar ampliamente el motivo que le impide al paciente viajar gratuitamente en el transporte público de pasajeros (ART. 22 INS A LEY 24314). No bastara con el diagnostico, deberán justificar los motivos.
2. Prescripción médica por transporte con justificación del médico tratante.
3. Presupuesto del transportista (de acuerdo con el modelo que se adjunta. Planilla 004).
4. Plano con detalle del recorrido facturado.
5. Certificado de cobertura emitido por la CIA. De seguros del vehículo que utilicen o de Responsabilidad Civil de la empresa de Transporte, remisería etc.
6. Constancia de Inscripción en AFIP y constancia de verificación técnica vehicular (VTV).
7. Habilitación.
8. En caso de que el afiliado requiera transporte con acompañante, se debe presentar tabla FIM justificando el pedido, y fotocopia del DNI del acompañante (quien no podrá ser la misma persona que realiza el traslado).
9. Comprobante de CBU emitido por el banco que permita vincular CBU con CUIT correspondiente.

Estimulación Temprana

Proceso educativo terapéutico destinado a niños discapacitados de 0 a 4 años cronológica que no estén integrados al sistema educativo. Es una prestación de carácter institucional habilitado para tal fin de no más de 3 concurrencias semanales, realizada por un equipo interdisciplinario. La orden médica deberá solicitar “Estimulación temprana”.

Maestra de apoyo

Debe ser un docente especializado en discapacidad, psicopedagogo o lic. en psicopedagogía, para aquellos niños en edad escolar entre 3 a 18 años. El maestro de apoyo es aquel que no cubre la totalidad del horario curricular, siendo este menos de 20 horas semanales, más de 20 horas semanales correspondería a un módulo de maestro de apoyo.

Módulo de apoyo a la Integración Escolar

Corresponde a un equipo interdisciplinario habilitado y especializado en el apoyo pedagógico. Para el mismo se deberá contar con acta acuerdo firmada por escuela, padres y personal docente, habilitación y categorización en la Agencia Nacional de Discapacidad

CONSIDERACIONES

La situación afiliatoria del paciente con CUD se debe encontrar vigente y es requisito obligatorio para garantizar su ingreso al mecanismo de integración, cualquier inconsistencia podría afectar al circuito de pagos. Frente a cualquier inconsistencia se podrán contactar los titulares con el área de afiliaciones.

Todos los valores serán establecidos por Resolución Conjunta de la secretaria de Salud de la Nación y la Agencia Nacional de Discapacidad, en el Nomenclador de Prestaciones. Podrán acceder al nomenclador de discapacidad en www.boletinoficial.gov.ar

NO se autorizarán tratamientos en establecimientos o centros que no estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) dependiente de la SSSalud y en el Registro de Prestadores de Discapacidad de la ANDIS y/o tengan su inscripción en trámite y que no posean la habilitación para

funcionar como tales, expedida por el Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación o Autoridad Municipal, según corresponda.

<https://apps.snr.gob.ar/consultarno/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Para los casos que se requiere prestaciones de apoyo se sugiere buscar centro categorizado y evitar los prestadores independientes.

Se deberá enviar la documentación de las prestaciones solicitadas un mes antes del inicio de estas a discapacidad_osphg@mphominis.com.ar

La documentación debe enviarse en un único archivo PDF que sea claro y legible, será motivo de rechazo la presentación de documentación ilegible.

Contaremos con 20 días para la revisión de la documentación.

Las autorizaciones de las prestaciones se realizan tomando como guía el marco básico y en concordancia con las reglamentaciones vigentes, de realizarse alguna modificación indicada por la SSS, la misma será aplicada,

Las prestaciones autorizadas serán cubiertas por el MECANISMO DE INTEGRACION el cual consta de 60 (sesenta) días para realizar los pagos (sin excepciones) siempre que la SSS no presente inconsistencias afiliatorias.

Datos para emitir la Factura

- CUIT 30593179172
- OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LOS HIPODROMOS DE BUENOS AIRES Y SAN ISIDRO
- Domicilio: PICO 1671
- IVA SUJETO EXENTO

Las facturas mensuales y consultas sobre pagos deberán enviarse a integracion@aphara.org.ar

El instructivo queda sujeto a cambios por actualización de medios de contacto y/o implementación de plataformas para mejorar la comunicación y cumplimientos de normativas.

FORMULARIOS

FORMULARIO DATOS DEL ASOCIADO-DDJJ

FORMULARIO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FORMULARIO DECLARACION DE DOMICILIO

FORMULARIO PEDIDO MEDICO

FORMULARIO SOLICITUD DE TRANSPORTE

FORMULARIO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

FORMULARIO FIM

ANEXO II - CONFORMIDAD PRETACIONES 2026

PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE

PRESUPUESTO PARA PRESTADORES

ACTA ACUERDO INTEGRACION

NOTA DE SOLICITUD BAJA PRESTADOR

PLANILLA DE ASISTENCIA

FORMULARIO ALTA PRESTADOR



Planilla 001

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS AFILIATORIOS

(Todos los datos son obligatorios con letra imprenta mayúscula)

DATOS DEL TITULAR:

Nombre completo	<input type="text"/>	CUIL	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>		
Estado civil	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>
		Piso	<input type="text"/>
		Dpto	<input type="text"/>
		CP	<input type="text"/>
Localidad	<input type="text"/>	Partido	<input type="text"/>
Teléfono fijo	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>		
Cuit del empleador	<input type="text"/>		
Razón social	<input type="text"/>		

DATOS DEL BENEFICIARIO POR EL CUAL SE SOLICITA LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD

Nombre Completo	<input type="text"/>	CUIL	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>
Diagnóstico	<input type="text"/>		
Vencimiento certificado de discapacidad	<input type="text"/>		

FIRMA PADRE/ MADRE / TUTOR

ACLARACIÓN

DNI



El beneficiario Sr. _____ manifiesta que su domicilio actual es el de la calle _____ N° _____ de la localidad de _____ provincia de _____ Código Postal _____, el que se compromete a mantener actualizado y renovar cada vez que se produzca algún cambio, y que a los efectos de la aprobación de lo solicitado, tendrá carácter de domicilio legal.

En caso que la falta de actualización del domicilio impida la autorización del trámite, esto implicará culpa exclusiva del beneficiario, quedando exenta la Obra Social de cualquier responsabilidad al respecto.

Fecha: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Teléfono: _____



FORMULARIO PEDIDO MEDICO 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:/...../202.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:

Documento: Tipo: N°..... Edad: Sexo:

DIAGNÓSTICO

.....
.....

PRESTACIONES SOLICITADAS

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

Especialidad:.....

Periodo: de.....(mes) hasta.....(mes) del año

Tipo de jornada: Simple Doble

DEPENDENCIA SI NO En caso afirmativo se debe anexar Formulario FIM confeccionado por terapeuta ocupacional.

Justificación médica de dependencia:

.....
.....

Modulo Maestro de Apoyo

Periodo: de..... (mes) hasta.....(mes) del año Cantidad de sesiones emanales:

Modulo de Apoyo a la Integración Escolar Equipo

Periodo: de..... (mes) hasta.....(mes) del año Cantidad de sesiones emanales:

Prestaciones ambulatorias por session

Especialidad: Cantidad de sesiones semanales.....

Periodo: de..... (mes) hasta.....(mes) del año

Especialidad: Cantidad de sesiones semanales.....

Periodo: de..... (mes) hasta.....(mes) del año

Especialidad: Cantidad de sesiones semanales.....

Periodo: de..... (mes) hasta.....(mes) del año

Especialidad: Cantidad de sesiones semanales.....

Periodo: de..... (mes) hasta.....(mes) del año

Especialidad: Cantidad de sesiones semanales.....

Periodo: de..... (mes) hasta.....(mes) del año

Firma y sello del Médico



FORMULARIO SOLICITUD DE TRANSPORTE 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:/...../202.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:

Documento: Tipo: N°: Edad: Sexo:

DIAGNÓSTICO

.....
.....

JUSTIFICACION MEDICA

Indicar motive/s por el cual el Asociado se encuentra imposibilitado para trasladarse en transporte público

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

TRASLADOS

Desde Calle y N° Localidad.....

hasta Calle y N° Localidad.....

Periodo: de (mes) hasta (mes) del año Retorno SI NO

Desde Calle y N° Localidad.....

hasta Calle y N° Localidad.....

Periodo: de (mes) hasta (mes) del año Retorno SI NO

Desde Calle y N° Localidad.....

hasta Calle y N° Localidad.....

Periodo: de (mes) hasta (mes) del año Retorno SI NO

Desde Calle y N° Localidad.....

hasta Calle y N° Localidad.....

Periodo: de (mes) hasta (mes) del año Retorno SI NO

DEPENDENCIA SI NO En caso afirmativo se debe anexar Formulario FIM confeccionado por terapeuta ocupacional.

Justificacion médica de dependencia:

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

Firma y sello del Médico



FORMULARIO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:/...../202.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:

Documento: Tipo: N°..... Edad: Sexo:

DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE

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

EVOLUCION DEL CUADRO CLINICO DE BASE

Indicar parametros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales)

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

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS Y/O INTERVENCIONES EDUCATIVAS

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

OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRIPTOS

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

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO

...../...../.....

Firma y sello del Médico



FIM – MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Paciente: _____

DNI: _____

Diagnóstico: _____ Edad: _____

7	INDEPENDENCIA COMPLETA	CON AYUDA
6	INDEPENDENCIA C/ADAPTACIONES	
DEPENDENCIA PARCIAL		CON AYUDA
5	SUPERVISIÓN MÍNIMA ASISTENCIA (SUJETO =	
4 3	75% O MAS) MODERADA ASISTENCIA (SUJETO = 50% O MAS)	
DEPENDENCIA COMPLETA		
2	MÁXIMA ASISTENCIA (SUJETO= 25% O MAS)	
1	ASISTENCIA TOTAL (SUJETO= 0%)	
CUIDADO PROPIO		PUNTAJE
A	COMIDA	
B	ASEO	
C	BAÑO	
D	VESTIMENTA PARTE ALTA DEL CUERPO	
E	VESTIMENTA PARTE BAJA DEL CUERPO	
F	TOILETTE	
CONTROL DE ESFINTER		
G	MANEJO DE VEJIGA	
H	MANEJO DE INTESTINO	
MOVILIDAD – TRANSFERENCIA		
I	CAMA, SILLA, SILLA DE RUEDAS	
J	TOILETTE	
K	DUCHA	
LOCOMOCIÓN		
L	CAMINA/SILLA DE RUEDAS	
M	ESCALERAS	
COMUNICACIÓN		
N	COMPRENSIÓN	
O	EXPRESIÓN	
CONEXIÓN SOCIAL		
P	INTERACCIÓN SOCIAL	
Q	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
R	MEMORIA	
TOTAL		

Firma _____

Fecha _____

Formulario FIMcualitativo (medida de independencia funcional) descripción de las actividades

1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que 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 la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5. VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse etc

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

8. CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié. Grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12. MARCHA / SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13. ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.

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

15. EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

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

17. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: implica resolver problemas cotidianos.

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

EVALUACIÓN GLOBAL: Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

Anexo II

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026

Fecha ____ / ____ / ____.

Apellido y nombre del beneficiario _____

Número de afiliado _____

Yo _____

con documento tipo (_____) N° _____ doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1- PRESTACIÓN:

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

2- PRESTACIÓN:

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

3- PRESTACIÓN:

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

4- PRESTACIÓN:

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma

Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de

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

Firma

Aclaración

Documento



MODELO DE PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

N° DOCUMENTO: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____ EMAIL: _____

DIAGNOSTICO _____

RECORRIDOS

- DESDE CALLE Y N° _____ HASTA CALLE Y N° _____ PRESTACION: _____
DÍAS Y HORARIOS: _____ KM DIARIO _____ KM MENSUAL _____
- DESDE CALLE Y N° _____ HASTA CALLE Y N° _____ PRESTACION: _____
DÍAS Y HORARIOS: _____ KM DIARIO _____ KM MENSUAL _____
- DESDE CALLE Y N° _____ HASTA CALLE Y N° _____ PRESTACION: _____
DÍAS Y HORARIOS: _____ KM DIARIO _____ KM MENSUAL _____
- DESDE CALLE Y N° _____ HASTA CALLE Y N° _____ PRESTACION: _____
DÍAS Y HORARIOS: _____ KM DIARIO _____ KM MENSUAL _____
- DESDE CALLE Y N° _____ HASTA CALLE Y N° _____ PRESTACION: _____
DÍAS Y HORARIOS: _____ KM DIARIO _____ KM MENSUAL _____
- DESDE CALLE Y N° _____ HASTA CALLE Y N° _____ PRESTACION: _____
DÍAS Y HORARIOS: _____ KM DIARIO _____ KM MENSUAL _____

REQUIERE DEPENDENCIA: SI NO

CANTIDAD TOTAL DE KM A FACTURAR _____

MONTO KM \$ _____

MONTO TOTAL MENSUAL _____ TOTAL CON DEP _____



CONFORMIDAD

PRESTADOR _____

DOMICILIO _____

Nº TELEFONO FIJO _____ Nº TELEFONO CELULAR _____

E-MAIL _____

Nº CUIT _____

FIRMA Y SELLO DEL TRANSPORTISTA

CONSENTIMIENTO: POR LA PRESENTE DEJO CONSTANCIA DE MI CONSENTIMIENTO AL PROGRAMA DE PRESTACIONES DESCRIPTO PRECEDENTEMENTE COMO PADRE/MADRE/ TUTOR DEL BENEFICIARIO _____ DNI _____

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR

ACLARACION

DNI

ACTA DE ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha:

Lugar de emisión: _____

En el día de la fecha se establece el siguiente acuerdo entre las partes presentes:

PARTES INTERVINIENTES	REPRESENTANTES	DNI
Escuela		
Maestra de Apoyo / Equipo de Integración Escolar		
Familia		

La institución educativa y el/la Maestro/a de apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno/a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación mediativa final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el/la alumno/a mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma y Sello de la Escuela

Firma y sello Maestra/o // Equipo Integrador

Aclaración

Aclaración

Firma del Responsable del Alumno

Aclaración



NOTA DE SOLICITUD DE BAJA DE PRESTADOR

Fecha: _____

Beneficiario: _____

DNI: _____

Por medio de la presente,dejoconstancia desolicitud de baja de la prestación de _____
_____ con el prestador _____
a partir de la fecha ____ / ____ / ____ .

Motivo de la baja de la prestación: _____

Firma:

Aclaración:

DNI:

Nombre del beneficiario:

Prestacion:

Nombre del profesional:

Mes: Año:



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DE LOS HIPÓDROMOS
DE BUENOS AIRES Y SAN ISIDRO
RNOS 1-0950-9

Día	Horario sesion (desde)	Horario sesion (hasta)	Horas totales	Firma Padre	Firma Profesional
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Día	Horario sesion (desde)	Horario sesion (hasta)	Horas totales	Firma Padre	Firma Profesional
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
TOTAL:					



FORMULARIO ALTA PRESTADOR MI

Profesional _____

Especialidad _____ Tel. de contacto _____

Cel.: _____ E-mail _____

Datos del consultorio

Calle _____ N° _____ Piso _____

Localidad/ Barrio _____ C.P.: _____ Teléfono _____

Otro contacto _____

Días de atención _____ Horario _____

Datos contables

• Número de Ingresos Brutos (copia de formulario de Inscripción y en caso que sea de Convenio multilateral por favor enviar copia del CMO5)

• AFIP: condición frente al IVA e Impuesto a las Ganancias (enviar formulario de inscripción)

• N° de CUIT: | _____

Banco - Denominacion _____

N° de CBU _____

Alias _____ Tipo de cuenta: CC CA