



INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD PARA EL AÑO 2027

Toda la documentación solicitada está sujeta a modificación según resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud y, teniendo en cuenta la resolución 887-E/2017 y sus modificaciones hacemos llegar a Uds. el Instructivo de Discapacidad para el año 2027.

- Ante cualquier consulta el mail de contacto es osipadiscapautorizaciones@gmail.com

ITEMS GENERALES A TENER EN CUENTA:

- EN CASO DE JORNADA DOBLE PARA LAS INSTITUCIONES **NO** CORRESPONDE ABONAR EL ALMUERZO.
- NO SE AUTORIZARÁ LA COBERTURA SIMULTÁNEA DE ESCUELA ESPECIAL E INTEGRACIÓN ESCOLAR.
- NO SE AUTORIZARÁ LA COBERTURA SIMULTÁNEA DE CET E INTEGRACIÓN ESCOLAR.
- SÓLO SE AUTORIZARÁ, EN CASO DE QUE CORRESPONDIERA, DEPENDENCIA PARA BENEFICIARIOS MAYORES DE 6 AÑOS.
- NO SE ABONARÁN LOS KILÓMETROS AUTORIZADOS QUE NO HAYAN SIDO REALIZADOS (ESTO INCLUYE EL PERÍODO DE RECESO ESCOLAR DE LAS INSTITUCIONES O PERÍODO DE VACACIONES DEL BENEFICIARIO QUE NO CONCURRIESE A LAS PRESTACIONES).
- EN TODOS LOS CASOS Y PARA TODAS LAS PRESTACIONES, SE AUTORIZARÁ EL VALOR ESTIPULADO SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE.
- NO SE AUTORIZARÁN PRESTACIONES SUPERPUESTAS.
- LA FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN Y DEL PRESUPUESTO DEBERÁ SER ANTERIOR AL PERÍODO QUE SOLICITA.
- PARA BRINDAR EL TRATAMIENTO, EL PRESTADOR DEBERÁ TENER LA AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL QUE SERA ENVIADA A LA FAMILIA Y ESTA SE LA DEBERA ENVIAR A CADA PRESTADOR, CASO CONTRARIO, PREVIO A LA AUTORIZACIÓN LA OBRA SOCIAL NO SE RESPONSABILIZARÁ DE LA PRESTACIÓN BRINDADA NI DEL PAGO DE LA MISMA.
- EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE, SE PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA ADICIONAL.
- EN LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES SE CONSIDERARÁN LOS SIGUIENTES CRITERIOS: a) JUSTIFICACIÓN DE LA IMPOSIBILIDAD DE USAR TRANSPORTE PÚBLICO PRESENTADA EN LA SOLICITUD DE TRANSPORTE. b) SELECCIÓN DE PROFESIONALES E

INSTITUCIONES EXISTENTES Y CORRECTAMENTE REGISTRADOS. c) EVALUACIÓN Y MINIMIZACIÓN DE LOS TIEMPOS DE TRASLADO, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS DE PRESTACIONES RECURRENTE SEMANALES Y DE DIFERENTES TIPOS DE APOYO TERAPEÚTICO.

- LAS AUTORIZACIONES ESTARÁN SUJETAS A REVISIONES PERIÓDICAS PARA ASEGURAR QUE SIGUE SIENDO LA OPCIÓN MÁS ADECUADA PARA LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA EFICIENCIA DEL SERVICIO.
- PARA LOS CASOS QUE CORRESPONDIERA AUTORIZAR TRANSPORTE, SE APROBARÁ EL RECORRIDO MÁS CORTO.
- EN CASO DE QUE UNA PRESTACIÓN TUVIERA UN CAMBIO DE PRESTADOR, EL NUEVO PRESTADOR DEBERÁ COMPLETAR LA “PLANILLA DE BAJA/ALTA DE PRESTADOR”.
- ANTE CUALQUIER CONSULTA EL MAIL DE CONTACTO ES:

osipadiscapautorizaciones@gmail.com

ITEMS DE FACTURACIÓN A TENER EN CUENTA (PRESTADORES)

- LAS FACTURAS DEBERÁN SER PRESENTADAS DEL 01 AL 10 DE CADA MES VÍA MAIL A osipadiscapacidad@gmail.com. LAS FACTURAS PRESENTADAS FUERA DE ESA FECHA QUEDARÁN PARA LA PRESENTACIÓN DEL PRÓXIMO MES, SIN EXCEPCIÓN.
- SÓLO SE ACEPTARÁN LAS FACTURAS DEL PERÍODO VIGENTE Y HASTA 1 (UN) MES PARA ATRÁS, SIN EXCEPCIÓN.
- **LAS FACTURAS DEBERÁN SER DESCARGADAS DESDE AFIP EN FORMATO PDF Y ESTE PDF DEBERÁ CONSERVAR EL NOMBRE QUE AFIP LE APLICA. NO ES NECESARIO QUE TENGAN FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR. EJEMPLO DEL NOMBRE QUE AFIP APLICA AL PDF: 27372560814_011_00002_00000028.pdf**
- SE DEBERÁ PRESENTAR 1 (UN) PDF POR CADA FACTURA NOMBRADO SEGÚN INDICACIÓN Y 1 (UN) PDF POR CADA PLANILLA DE ASISTENCIA. NO RESPETAR ESTA FORMA DE PRESENTACIÓN ES MOTIVO DE RECHAZO.
- **UNA VEZ QUE SE HAYA RECIBIDO EL PAGO, ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR REMITIR A osipadiscapacidad@gmail.com EL RECIBO QUE ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE LA FACTURA QUE SE ABONÓ Y EL MONTO. EN CASO DE NO REMITIRLO NO SE RECIBIRÁ LA PROXIMA FACTURACIÓN.**

ITEMS PARA CONFECCIONAR LA FACTURA:

- o NOMBRE COMPLETO DE LA OBRA SOCIAL.
- o CUIT DE LA OBRA SOCIAL: 30-67595208-2
- o CONDICIÓN FRENTE AL IVA: EXENTO.
- o NOMBRE COMPLETO Y DNI DEL BENEFICIARIO.
- o PRESTACIÓN BRINDADA.
- o CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES FACTURADAS.
- o VALOR UNITARIO DE LA SESIÓN Y VALOR TOTAL MENSUAL.
- o PERÍODO (MES Y AÑO).
- o NÚMERO DE RESOLUCIÓN VIGENTE.
- o INDICAR SI ES CON DEPENDENCIA.
- o PARA LOS CASOS DE TRANSPORTE ADEMÁS SE DEBERÁ ESPECIFICAR:

DIRECCIÓN DE ORIGEN Y DIRECCIÓN DE DESTINO

CANTIDAD DE VIAJES POR DÍA Y MENSUAL

CANTIDAD DE KM RECORRIDOS POR VIAJE

CANTIDAD DE KM DEL MES

VALOR DEL KM

VALOR TOTAL MENSUAL

INDICAR SI ES CON DEPENDENCIA

¡IMPORTANTE! LEER CON ATENCIÓN:

LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ SER REMITIDA VÍA MAIL EN 1 (UN)SOLO DOCUMENTO Y EN FORMATO PDF SIN EXCEPCIÓN, CASO CONTRARIO SE RECHAZARÁ AUTOMATICAMENTE.

EN CASO DE QUE HUBIERA FALTANTES O CORRECCIONES DEBERÁN ENVIAR NUEVAMENTE 1 (UN) PDF JUNTO CON TODA LA DOCUMENTACIÓN, INCLUYENDO LOS FALTANTES Y/O CORRECCIONES EN EL MISMO.

MAIL PARA REMITIR LA DOCUMENTACIÓN: osipadiscapautorizaciones@gmail.com

LA AUTORIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN/NES SERÁ REMITIDA A LA FAMILIA, PARA QUE ESTA REEVALÚE A LOS PRESTADORES Y COMIENSEN A BRINDAR EL TRATAMIENTO, EL

PRESTADOR DEBERÁ TENER LA AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL, CASO CONTRARIO, PREVIO A LA AUTORIZACIÓN LA OBRA SOCIAL NO SE RESPONSABILIZARÁ DE LA PRESTACIÓN BRINDADA NI DEL PAGO DE LA MISMA.

DOCUMENTACION DE LOS PRESTADORES:

- PRESUPUESTO PRESTACIONAL ELABORADO, FIRMADO Y SELLADO POR EL PRESTADOR (anexo 4-profesionales/instituciones, anexo 5-transporte).
 - CONFORMIDAD FIRMADA Y SELLADA POR PRESTADOR Y FIRMADO POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, PADRE, MADRE O TUTOR SEGÚN CORRESPONDIERA (anexo 6-profesionales e instituciones, anexo 7-transporte).
 - PARA EL COMIENZO DE UNA NUEVA PRESTACIÓN/UN NUEVO PRESTADOR: INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL SEGÚN ESPECIFICACIONES.
 - PARA PRESTACIONES/PRESTADORES QUE CONTINÚAN EL TRATAMIENTO DADO EN EL 2025: INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN SEGÚN ESPECIFICACIONES.
 - PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL SEGÚN ESPECIFICACIONES.
 - CONSTANCIA DE CBU.
 - CONSTANCIA DEL CUIL/CUIT.
 - PÓLIZA DE SEGURO VIGENTE. (SOLO LA HOJA DEONDE ESTA EL VENCIMIENTO)
 - MATRÍCULA, SI ES QUE POSEEN y DNI (de ambos lados)
- DEBERAN ENVIAR EN ESTE MISMO ORDEN Y SEGUIDO DE ESTO EL RESTO DE LA DOCUMENTACION INDIVIDUAL DE CADA PROFESIONAL O INSTITUCIONAL.**

ESPECIFICACIONES DEL INFORME

***ENCABEZADO CON DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE EL TRATAMIENTO:**

- NOMBRE Y APELLIDO
- DNI
- FECHA DE NACIMIENTO
- EDAD
- DIAGNÓSTICO COMO APARECE EN EL CUD
- PERIODO PRESTACIONAL (INICIO, SEMESTRAL O FINAL)

***DATOS DEL PROFESIONAL:**

- NOMBRE COMPLETO
- ESPECIALIDAD

- NÚMERO DE MATRÍCULA
- TELÉFONO DE CONTACTO
- MAIL

*DETALLE DE LA CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES QUE CONCURRE EL BENEFICIARIO CON SUS DÍAS Y HORARIOS.

*CUERPO DEL INFORME:

- SE DEBEN VISLUMBRAR CUESTIONES TALES COMO: ¿CÓMO SE PRESENTA LA PERSONA AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA/CONSULTA? ¿CONCURRE ACOMPAÑADO? ¿POR QUIÉN/QUIÉNES? ¿LLEGA A HORARIO? ¿EXISTE PARTICIPACIÓN POR PARTE DE LA FAMILIA? ¿CÓMO SE PRESENTA EL VÍNCULO TERAPEÚTICO? ¿QUÉ MATERIALES UTILIZA? ¿QUÉ TÉCNICAS UTILIZA EL PROFESIONAL? ¿CÓMO SE DA EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO?

SE DEBEN TENER EN CUENTA LOS RASGOS GENERALES DE LA PERSONALIDAD, FUNCIONALIDAD CORPORAL Y COGNITIVA DE LA PERSONA QUE ASISTE. A MODO DE CONCLUSIÓN, SE DEBEN EVIDENCIAR ASPECTOS A CONTINUAR TRABAJANDO COMO ASÍ TAMBIÉN SUGERENCIAS Y DIRECTIVAS PROPUESTAS POR EL PROFESIONAL.

ESPECIFICACIONES DEL PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL

*ENCABEZADO CON DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE EL TRATAMIENTO:

- NOMBRE Y APELLIDO
- DNI
- FECHA DE NACIMIENTO
- EDAD
- DIAGNÓSTICO COMO APARECE EN EL CUD

*DATOS DEL PROFESIONAL:

- NOMBRE COMPLETO
- ESPECIALIDAD
- NÚMERO DE MATRÍCULA
- TELÉFONO DE CONTACTO
- MAIL
- PERÍODO

*OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS PROPUESTOS CENTRADOS EN LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA PRESTACIÓN.

*MODALIDAD EN LA QUE SE LLEVARÁN A CABO DICHOS OBJETIVOS (TÉCNICAS, MATERIALES, PROPUESTAS, ESPACIOS A UTILIZAR, ENTRE OTROS) Y ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA INTERVENCIÓN CONTEMPLANDO LOS DIFERENTES CONTEXTOS.

PROFESIONALES:

o TÍTULO HABILITANTE (AMBOS LADOS, LEGIBLE)

o INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (RNP) VIGENTE.

o SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN BRINDADA QUE DEBERÁ PRESENTARSE POR MAIL A osipadiscapautorizaciones@gmail.com SEIS MESES DESPUÉS DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN (POR EJEMPLO, SI LA PRESTACIÓN COMIENZA EL MARZO EL SEGUIMIENTO DEBERÁ PRESENTARSE EN AGOSTO). CASO CONTRARIO NO SE RECEPCIONARÁ LA FACTURA.

PROFESIONALES QUE BRINDAN INTEGRACIÓN ESCOLAR (MÓDULO MAESTRA DE APOYO):

o SÓLO PODRÁ SER DADO POR PROFESIONALES RECIBIDOS EN PSICOPEDAGOGÍA, MAESTRAS O MAESTRAS ESPECIALES, CON TÍTULO DEFINITIVO Y CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS.

o NO PODRÁ BRINDAR DICHA PRESTACIÓN UN PRESTADOR QUE YA BRINDE PSICOPEDAGOGÍA AL MISMO BENEFICIARIO.

o CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR.

o ACTA ACUERDO FIRMADA POR PADRE, MADRE O TUTOR, DIRECTIVO DE LA ESCUELA Y EL PRESTADOR.

o PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL SEGÚN LAS “ESPECIFICACIONES DEL PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL” Y SE DEBERÁ INCLUIR ADEMÁS EL DETALLE DE LA ADECUACIÓN CURRICULAR.

o SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN BRINDADA QUE DEBERÁ PRESENTARSE POR MAIL A osipadiscapautorizaciones@gmail.com SEIS MESES DESPUÉS DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN (POR EJEMPLO, SI LA PRESTACIÓN COMIENZA EL MARZO EL SEGUIMIENTO DEBERÁ PRESENTARSE EN AGOSTO). CASO CONTRARIO NO SE RECEPCIONARÁ LA FACTURA.

INSTITUCIONES:

o HABILITACIÓN VIGENTE.

o INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LOS CASOS DE REHABILITACIÓN, ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y OTROS VIGENTES DE ATENCIÓN SANITARIA (RES 789/09 DEL MINISTERIO DE SALUD Y MODIFICATORIAS 496/2014-MSAL).

o INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD PARA LAS PRESTACIONES TERAPEÚTICOEDUCATIVAS, EDUCATIVAS Y ASISTENCIALES (RESOLUCIÓN N° 1328/06-MSAL).

o SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN BRINDADA QUE DEBERÁ PRESENTARSE POR MAIL A osipadiscapautorizaciones@gmail.com SEIS MESES DESPUÉS DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN (POR EJEMPLO, SI LA PRESTACIÓN COMIENZA EL MARZO EL SEGUIMIENTO DEBERÁ PRESENTARSE EN AGOSTO). CASO CONTRARIO NO SE RECEPCIONARÁ LA FACTURA.

o DEPENDENCIA: PARA LAS PRESTACIONES DE HOGAR, HOGAR CON CENTRO DE DÍA, HOGAR CON CET, CENTRO DE DÍA Y CET, SE DEBERÁ CONFECCIONAR INFORME ESPECIFICANDO LOS APOYOS QUE SE BRINDARÁN CONFORME AL PLAN DE ABORDAJE.

o PARA EL CASO DE HOGAR EN TODAS SUS MODALIDADES Y PEQUEÑO HOGAR DEBERÁ PRESENTARSE INFORME CONFECCIONADO POR TRABAJADOR/A SOCIAL.

o PARA EL CASO DE CENTROS DE REHABILITACIÓN DEBRÁN PRESENTAR TÍTULO DE LAS PROFESIONALES QUE BRINDEN LAS PRESTACIONES.

INSTITUCIONES QUE BRINDAN INTEGRACIÓN ESCOLAR (MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR-EQUIPO):

o INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD PARA LAS PRESTACIONES TERAPEÚTICOEDUCATIVAS, EDUCATIVAS Y ASISTENCIALES (RESOLUCIÓN N° 1328/06-MSAL).

o CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR.

o ACTA ACUERDO FIRMADA POR PADRE, MADRE O TUTOR, DIRECTIVO DE LA ESCUELA Y LA INSTITUCIÓN.

o PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL SEGÚN LAS “ESPECIFICACIONES DEL PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL” Y SE DEBERÁ INCLUIR ADEMÁS EL DETALLE DE LA ADECUACIÓN CURRICULAR.

o SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN BRINDADA QUE DEBERÁ PRESENTARSE POR MAIL A osipadiscapautorizaciones@gmail.com SEIS MESES DESPUÉS DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN (POR EJEMPLO, SI LA PRESTACIÓN COMIENZA EL MARZO EL SEGUIMIENTO DEBERÁ PRESENTARSE EN AGOSTO). CASO CONTRARIO NO SE RECEPCIONARÁ LA FACTURA.

TRANSPORTE:

- MAPA IMPRESO DEL RECORRIDO (GOOGLE MAPS). -
- SEGURO (POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL) SOLO LA HOJA DONDE FIGURE NOMBRE Y VENCIMIENTO,
- VTV VIGENTE AL DIA
- CEDULA Y LICENCIA DEL CONDUCTOR AL DIA
- HABILITACIÓN VIGENTE DE LA EMPRESA TRANSPORTISTA.
- HABILITACIÓN VIGENTE DEL VEHÍCULO QUE REALIZA EL TRASLADO.
- EN CASO DE POSEER DEPENDENCIA SE DEBERÁ INCLUIR EXPLICACIÓN DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARÁN MAS EL FIM.

ANEXO 4 - PRESUPUESTO PROFESIONALES/INSTITUCIONES

Dirigido a: OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS

Fecha de Emisión:

Razón social del prestador:

CUIT del prestador:

Domicilio donde realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto del prestador:

Teléfono del prestador:

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI del beneficiario:

Numero afiliado obra social:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Periodo (mes y año) desde:**hasta:**.....

Almuerzo: SI NO (marcar lo que corresponde)

Monto mensual:

Dependencia: SI NO (marcar lo que corresponde)

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada da de asistencia a la prestación

DÍAS: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO

HORARIO DE:

Firma, sello y aclaración del prestador:

ANEXO 5 - PRESUPUESTO TRANSPORTE

Dirigido a: OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS

Fecha de Emisión:

Razón social del prestador:

CUIT del prestador:

Mail de contacto del prestador:

Teléfono del prestador:

Compañía de seguros:

Póliza nº:

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI del beneficiario:

Periodo (mes y año)

Desde:

Hasta:

Diagrama

de traslado:

VIAJE 1

DOMICILIO DE PARTIDA:

DOMICILIO DE DESTINO:

KM POR VIAJE:

IMPORTE DIARIO:

IMPORTE MENSUAL:

Cronograma de traslado del VIAJE 1: marcar con una X los días de traslado

VIAJE 1	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
---------	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

.....						
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

VIAJE 2

DOMICILIO DE PARTIDA:

DOMICILIO DE DESTINO:

KM POR VIAJE:

IMPORTE DIARIO:

IMPORTE MENSUAL:

Cronograma de traslado VIAJE 2: marcar con una X los días de traslado

VIAJE 2	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
---------	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

.....						
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

VIAJE 3

DOMICILIO DE PARTIDA:

DOMICILIO DE DESTINO:

KM POR VIAJE:

IMPORTE DIARIO:

IMPORTE MENSUAL:

Cronograma de traslado VIAJE 3: marcar con una X los días de traslado

VIAJE 3	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
---------	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

.....						
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Total KM mensuales (KM mensuales de VIAJE 1 + KM mensuales de VIAJE 2 + KM mensuales de VIAJE 3):

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI NO (marcar lo que corresponde)
Valor del KM:

Monto mensual:

Firma y aclaración del transportista:

ANEXO 6 – CONFORMIDAD PROFESIONALES/INSTITUCIONES

Dirigido a: OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS

Fecha: Numero de afiliado:.....

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI del beneficiario:

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.

Prestación:.....

Prestador:.....

Periodo de prestación (mes y año)

Desde: Hasta:

SI EL FIRMANTE ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Firma:

Aclaración:

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

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

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

Firma:

Aclaración:

Documento:

ANEXO 7 – CONFORMIDAD TRANSPORTE Dirigido a: OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS

Fecha: Apellido y nombre del beneficiario:

Número de afiliado:

DNI del beneficiario:

Yo
con documento tipo (.....) Nº, doy mi
conformidad al diagrama de traslados por el periodo (mes y año) Desde:
..... Hasta:

SI EL FIRMANTE ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

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

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

.....

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Planilla de Asistencia Mensual 2026 - Transporte

Prestador :.....
Domicilio: Localidad:.....
Correo Electronico:..... Tel.:.....

Apellido y Nombre del Beneficiario:

D.N.I.:

Prestación: Transporte a
Indicar tipo de terapia nombre del profesional y/o razón social de la institución

Periodo (mes y año).....

Ida

Desde:
(Calle, n° y localidad)
Hasta:
(Calle, n° y localidad)
Km por viaje: Cantidad de viajes Mensuales:.....

Vuelta

Desde:
(Calle, n° y localidad)
Hasta:
(Calle, n° y localidad)
Km por viaje: Cantidad de viajes Mensuales:.....

Total km por día:..... Cantidad de días /mes:.....

Total km mensuales:.....

Prestador	Paciente o responsable
Firma	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
	Vinculo

PLANILLA DE ASISTENCIA – PROFESIONALES / INSTITUCIONES

IMPORTANTE: Cada número de casillero es la fecha que corresponde al día del mes calendario

Dirigido a: OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS

Nombre y apellido del beneficiario:

Mes y año:

Prestación:

FECHA	FIRMA DEL BENEFICIARIO O FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR	FECHA	FIRMA DEL BENEFICIARIO O FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16			

Los datos consignados en esta planilla tienen carácter de Declaración Jurada.

Firma y sello del profesional/institución/transportista:

PLANILLA PARA BAJA/ALTA DE PRESTADOR

Dirigido a: OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS

Fecha:

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI del beneficiario:

Por medio de la presente, deajo constancia del requerimiento de **BAJA** de la prestación de (indicar la prestación)
brindada por (indicar nombre de la profesional/institución/transporte)
.....
a partir del día /..... /.....

Por medio de la presente, deajo constancia del requerimiento de **ALTA** de la prestación de (indicar la prestación)
brindada por (indicar nombre de la profesional/institución/transporte)
.....
a partir del día /..... /..... y para el periodo comprendido desde (indicar mes y año)

BENEFICIARIO O FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

VÍNCULO:

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL/INSTITUCIÓN/TRANSPORTE DE ALTA: