

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA CENTRO DE DÍA, CENTRO EDUCATIVO TERAPEÚTICO, ESCOLARIDAD FORMACIÓN LABORAL, EGB, HOGARES Y RESIDENCIA.

La documentación aquí detallada, deberá ser remitida por **medios digitales** a nuestra administración a los efectos de brindar cobertura en las prestaciones de rehabilitación para el año 2024.

Con el objetivo de agilizar la gestión, la presentación deberá realizarse dentro de los 30 días anteriores al inicio del tratamiento ya que requiere ser evaluada y autorizada previamente por Auditoría Médica.

POR PARTE DEL BENEFICIARIO

- 1. Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad Vigente.**
- 2. Historia Clínica:** deberá aclarar: edad, diagnóstico, tratamientos que realiza, evolución en el último año y estado actual del paciente. La fecha de la Historia Clínica debe ser igual a la de la prescripción y debe estar firmada y sellada al pie.
- 3. Prescripción Médica:** conforme al listado de prestaciones comprendidas en el Nomenclador De Prestaciones Básicas Para Personas Con Discapacidad firmada por el médico tratante. La fecha que se encuentra al pie de la misma debe ser anterior al inicio del Tratamiento. Siempre que el médico solicite EGB, CET o Centro de día será necesario que aclare el tipo de jornada que debe realizar el beneficiario (simple o doble) y especificar el período por el cual se indica el tratamiento (por ejemplo, enero a diciembre).
Además deberá estar aclarado y fundamentado si se trata de un paciente dependiente conforme al Índice de Independencia Funcional.
- 4. Conformidad por las prestaciones (disponible en la página 2 de este documento), firmada por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.**

POR PARTE DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN PRESTADORA

- 1. Informe de Evaluación inicial:** deberá ser presentado exclusivamente cuando se trate del inicio de una nueva prestación. Debe constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- 2. Informe Evolutivo:** deberá ser presentado en caso de continuidad de prestación. Deben constar periodos de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- 3. Plan de abordaje individual:** detallando período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, domicilio donde se brindará la prestación y cronograma de asistencia.
- 4. Presupuesto Prestacional.**
- 5. Copia de la Constancia de inclusión en el Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad del Servicio Nacional de Rehabilitación según el Decreto N° 1193/98,** con indicación de la razón social, el domicilio del establecimiento, la prestación y la categoría.
- 6. Planilla FIM:** En caso de solicitar cobertura diferencial por dependencia deberán remitir informe profesional basado en la determinación del Índice de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan original.
- 7. Informe Social:** En el caso de beneficiarios que asistan a Hogar y Pequeño Hogar deberán adjuntar a la documentación un Informe Social, que avale la necesidad de la solicitud, emitido por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.
- 8. Formulario de Alta / Actualización de Prestadores:** es de suma importancia que se cumplimenten los datos solicitados dado que permitirán contar con la información adecuada al momento de la emisión del pago.
- 9. Para Facturar** el prestador deberá remitir Planilla de Asistencia Mensual e Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

IMPORTANTE

- Sin Certificado de Discapacidad Vigente, no se cubrirá ninguna prestación. Si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de prestación recuerde que debe solicitar la renovación del mismo y los turnos tienen demoras.
- Las autorizaciones se emitirán por periodos prolongados de hasta 1 año, por lo tanto, se deberá presentar la documentación de manera anual.
- No se aceptará documentación tachada o enmendada.
- La prescripción del tratamiento no puede ser realizada por un Médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- Tener en cuenta los plazos dispuestos para la presentación de la documentación, dado que no se autorizaran tratamientos con retroactividad. El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta exclusiva responsabilidad del prestador. La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no da derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización.
- Es requisito indispensable que el Prestador/Institución se encuentre Inscripto en el Registro de Prestadores de Superintendencia de Servicios de Salud o cuente con Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Las prestaciones detalladas en el presente instructivo deben ser facturadas de forma directa por los profesionales / instituciones, no se puede acceder por la vía de Reintegro.

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

CONFORMIDAD POR PRESTACIÓN AÑO 2024

(A completar por el beneficiario o su representante y los prestadores de cada prestación brindada.)

Lugar y Fecha de Emisión: Razón Social del Prestador:

Domicilio:

Localidad: Provincia: Teléfono:

Nombre Beneficiario: D.N.I.:

Prestaciones a brindar: (según mecanismo integración)

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

Matricula (\$): Monto mensual (\$): Categoría:

Período: Desde: Hasta:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORA	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario: D.N.I.: Nro. Beneficiario:

FIRMA BENEFICIARIO O REPRESENTANTE ACLARACIÓN Y D.N.I. FIRMANTE LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

DATOS

Solicitante:	Fecha de pedido:	/	/
Razón Social - Nombre del prestador:	Fecha de Nac.:	/	/
Matrícula:	N° inscripción S.S.S:	Especialidad:	
Domicilio legal:	Localidad:	Provincia:	
C.P.:	Tel. Particular:	E-mail:	
Domicilio Laboral:	Tel. Laboral:		

TIPO DE CONVENIO

Profesional directo Óptica Farmacia Convenio directo (clínica, sanatorio, órgano colegiado) Proveedor

CONTACTO

Apellido y Nombres: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Horario de atención: _____

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (SÓLO CONVENIOS Y PROGRAMAS ESPECIALES)

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.S.
- Copia del título.
- Habilitación Municipal (sólo farmacias, ópticas).
- Habilitación e inscripción en el Colegio de Farmacéuticos (sólo farmacias).
- Curriculum vitae (sólo Profesional directo).
- Carpeta institucional (sólo Convenios directos).
- Estatuto (para Asoc. Civiles, Mutuales, Cooperativas).
- Listado de prestaciones que brinda junto con los aranceles pretendidos para las mismas (sólo convenios).
- Fotocopia de DNI.
- En caso de personas jurídicas deberá remitir listado de profesionales y/o entidades.

DATOS IMPOSITIVOS

CUIT N° (Adjuntar constancia de inscripción vigente):

N° Ingresos Brutos (Adjuntar constancia de inscripción vigente – CM01 y CM05 de corresponder –):

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IVA

Responsable Inscripto Exento Monotributista Proveedor del Exterior Pequeño contribuyente Eventual

Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Agente de Retención (ex RG 18): Si NO Agente de Percepción (ex RG 3337): Si NO

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IMP. A LAS GANANCIAS

Responsable Inscripto Responsable No Inscripto Monotributista Exento (adjuntar certificado de Ex.) Otro

Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Conceptos Sujetos a Retención RG 830

Enajenación de Bienes Muebles Alquiler de Bienes muebles o Inmuebles Otros:

Locación de Obras y/o Servicios Profesiones Liberales

CATEGORÍA SUSS

Empleador Empleador c/Cert. De Exclusión (a) Monotributo Exento (adjuntar certificado de Ex.) Otro
(a) Enviar certificado de exclusión/exención de retención

Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Indicar Actividad:

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE INGRESOS BRUTOS

Inscripto Contribuyente Local Inscripto Convenio Multilateral Exento Inscripto Régimen Simplificado Otro

Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Enviar formulario 1276

NOTA: Ante cualquier tratamiento especial frente al régimen de retención en alguna jurisdicción, adjuntar las constancias correspondientes.

Observaciones:

.....
.....

