

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA COBERTURA DE PRESTACIONES DE APOYO O REHABILITACIÓN

La documentación aquí detallada, deberá ser remitida por **medios digitales** a nuestra administración a los efectos de brindar cobertura en 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 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. El médico que prescribe el tratamiento debe especificar la cantidad de sesiones semanales y mensuales por especialidad y aclarar el período (por ejemplo, enero a diciembre).
- 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. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- 2. Informe Evolutivo:** deberá ser presentado en caso de continuidad de la prestación. Deben constar los períodos de abordaje, la modalidad de prestación, la descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, y los 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. Fotocopia del certificado de Inscripción del Prestador** en el Registro de Prestadores de Superintendencia de Servicios de Salud.
- 6. 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.
- 7. 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.
- La cobertura de las prestaciones será conforme al Nomenclador de Superintendencia de Servicios de Salud y de acuerdo a los aranceles que reglamente el Ministerio de Salud, publicados en el Boletín Oficial. La Obra Social autorizará el valor proporcional de duración de la sesión. No reconocerá sesiones dobles.
- Las autorizaciones se emitirán por períodos prolongados de hasta 1 año, por lo tanto, se deberá presentar la documentación de manera anual.
- No se aceptará documentación tachada o enmendada.
- 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 práctica brindada)

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_ Razón Social del Prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD (SEGÚN MECANISMO INTEGRACIÓN)	CANTIDAD SESIONES	MONTO SESIÓN (\$)	MONTO MENSUAL (\$)

Período: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

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

.....  
.....

