

## PRESTACIONES O TRATAMIENTOS

### Del Médico Tratante

Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante, debe estar separada de la prescripción de los tratamientos. La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

- Médico neurólogo/ psiquiatra valoración del nivel de dependencia por alguna escala consensuada (Ejemplo: FIM o BARTHEL).
- Consentimiento informado bilateral debe completar por el padre/madre del beneficiario y por el médico tratante).

### CENTRO DE DÍA - CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO - ENSEÑANZA GENERAL BÁSICA

- Orden médica: que indique tipo de escuela/centro, jornada simple o doble, período de tiempo (ej.: Ciclo Lectivo 2020).
- Plan de Tratamiento.
- Presupuesto del tratamiento.
- Registro Nacional de Prestadores ACTUALIZADO.
- Indicar categoría del Centro/Escuela.
- Indicar tipo de Jornada (simple o doble).
- Consentimiento informado bilateral.
- Documentación contable (constancia de Inscripción en AFIP e Ingresos Brutos, o excepción de corresponder, datos bancarios en constancia emitida por el Banco).
- La dependencia, de corresponder (Cód. FIM; Barthel) también debe quedar consignado claramente en el presupuesto.
- NOTA: La constancia del Registro Nacional de Prestadores debe corresponder al prestador (profesional y/o institución) que presupuesta y factura.

### PRESTACIONES DE APOYO DEL MEDICO TRATANTE

- Indicación / Prescripción Médica Original
- Tiene que ser original, constar el/los diagnóstico/s, el periodo de duración del tratamiento (ej.: enero/diciembre 2020).
- La fecha de emisión de la orden deberá ser anterior al período solicitado para la prestación.
- Firma y sello legibles del profesional tratante.
- Indicar especialidad y cantidad de sesiones semanales requeridas para cada una de ellas.
- Si la misma tiene enmiendas, esto deberá ser salvado con sello y firma del médico tratante.

### DOCUMENTACION DEL PROFESIONAL

- Plan de Tratamiento.
- Presupuesto (Detallar el Teléfono y el mail de contacto).
- Registro Nacional de Prestadores ACTUALIZADO.
- Copia del Título Habilitante.
- Documentación contable (constancia de Inscripción en AFIP e Ingresos Brutos, o excepción de corresponder, datos bancarios, en constancia emitida por el Banco).

### APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (Equipo)

- Esta prestación es brindada por Centros Especializados, se recuerda el envío de cronograma semanal de asistencia de los profesionales intervinientes, como así también, el proyecto en general con sus objetivos y adaptaciones curriculares.



Obra Social  
Perfumista

Entre todos  
nos cuidamos.

## MAESTRA DE APOYO

- Deberá presupuestar y facturar a su nombre el profesional a cargo de la integración, con sus correspondientes datos y título habilitante.
- Cuando se solicita el módulo de apoyo a la integración escolar/Maestra de Apoyo, se debe requerir la constancia de alumno regular de la escuela de educación común con el N° de C.U.E.
- Plan de Tratamiento.
- Presupuesto (Detallar el teléfono y el mail de contacto).
- Registro Nacional de Prestadores ACTUALIZADO.
- Copia del Título Habilitante (Maestra de Apoyo).
- Maestra de Apoyo/Equipo Integración Escolar deberán adjuntar el acta acuerdo entre la escuela común, la institución o el profesional integrador, y el padre/madre.
- Documentación contable (constancia de Inscripción en AFIP e Ingresos Brutos, o excepción de corresponder, datos bancarios, en constancia emitida por el Banco).

## PRESTACIONES DE TRANSPORTE

### Indicación Médica Original

- Tiene que ser original, constar el/los diagnóstico/s, y el período de duración del tratamiento (ej.: enero – diciembre 2020).
- Debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado en transporte público de pasajeros, ya sea por dificultades motoras y/o conductuales.
- La dependencia deberá ser indicada y justificada (ej.: Escala FIM) por el neurólogo tratante en la historia clínica, y en la prescripción.
- Certificado policial de domicilio.

### Presupuesto/Factura/Recibo

En la factura y el presupuesto debe constar lo siguiente:

- Nombre y Apellido del Beneficiario.
- Numero de CUIL del Beneficiario.
- Nombre de la Empresa o del Transportista.
- Domicilio y teléfono.
- Número de CUIT/Número de Ingresos Brutos/Condición frente al IVA.
- Fecha de emisión.
- Detalle de la prestación.
- Cantidad de viajes.
- Punto de partida y destino.
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
- Cantidad de kilómetros recorridos por mes.
- Importe propuesto por km.
- Importe por viaje.
- Importe total mensual.
- Indicar si es beneficiario con dependencia: SI  NO
- Período o fecha de prestación.



Obra Social  
Perfumista

Entre todos  
nos cuidamos.