

# Medifé



## Instructivo de discapacidad

### Modalidad de cobertura

Este Agente de Salud, cumpliendo con el artículo 11 de la Ley 24901, cuenta con un equipo interdisciplinario encargado de la evaluación de los requerimientos de las personas con discapacidad, en aquellos casos donde se requiera esa acción, será derivado a dicha evaluación.

No podrán solicitarse ni autorizarse prestaciones de manera retroactiva por disposición del Mecanismo de Integración de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los formularios se deberán enviar en formato PDF sin excepción y se podrán firmar de forma física, electrónica o digital.

Los deberá presentar el beneficiario titular a través de nuestra página web <https://www.medife.com.ar/> sección “Discapacidad” Autorizaciones > Discapacidad > Plan anual (nuevo registro), desde allí también podrá realizar el seguimiento del estado de la gestión.

Prestaciones sujetas al año calendario	Prestaciones no delimitadas al año calendario
Educación inicial	Prestaciones de rehabilitación
EGB	Centro educativo terapéutico
Apoyo a la integración escolar	Centro de día
Maestro de apoyo	Prestaciones asistenciales
Formación laboral	Transporte



1122420091 > opción DISCAPACIDAD

MESA DE ESPECIALISTAS DISCAPACIDAD

Horario de atención: Lunes a Viernes de 8 a 22 horas. Sábados y domingos guardias rotativas.

## Solicitud de prestaciones

# Documentación a presentar

<b>Documentación general</b>	
CUD	Tabla FIM (escala de dependencia funcional) Completar en caso de requerir dependencia, firmado por terapista ocupacional y/o médico tratante
Resumen de historia clínica	Licencia de conducir
Constancia de alumno regular (en caso de estar escolarizado)	Seguro del automotor vigente
Nota de beneficiario no escolarizado (en caso de NO estar escolarizado)	VTV - Verificación Técnica Vehicular
Planilla de datos socio - familiares	Habilitación municipal de la empresa de transporte
Constancia de CBU de prestador	CUIT de empresa de transporte/transportista
Datos de pago a proveedores discapacidad	Nota por cambio o baja de prestador
Informe de seguimiento semestral a los seis meses de iniciada la prestación	
Conformidad de Normas de facturación	
<b>Tratamiento de rehabilitación</b> (Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, etc)	
Orden médica	<b>Maestra de apoyo</b> Debe ser profesional graduado/a como Psicopedagogo/a, profesor/a en educación especial/Licenciado/a en Cs de la educación/ Psicólogo/a
Se debe indicar la especialidad. Colocar fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento	Orden médica Con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
Presupuesto de rehabilitación	Presupuesto educativo Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional
Las instituciones categorizadas deben presupuestar por módulos (Integral Simple o Intensivo) detallando en cada módulo las especialidades.	Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo	Constancia de alumno regular con nº de CUE
Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.	Acta acuerdo Debe contener el membrete y sello de la institución educativa, firma y aclaración de todas las partes intervenientes: directivo/representante de la escuela, responsable de institución o equipo de integración y familiar responsable
Nota de cambio o baja de prestador	Proyecto Pedagógico individual con adaptaciones curriculares.
RNP (prestador individual)	Debe estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión
Categorización SNR (centro categorizado)	Constancia de CUIT
Título universitario	Título y certificado analítico con materias aprobadas
Constancia de CUIT	Nota por cambio o baja de prestador
<b>Transporte</b>	
Orden médica por transporte	
Colocar fecha de emisión anterior al inicio del periodo solicitado, indicando dirección de origen y destino	
Presupuesto de transporte	
Informe de dependencia en caso de corresponder	
<b>Apoyo a la integración escolar</b>	
Orden médica	
Se debe solicitar como "apoyo a la integración escolar", colocar fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento	

## Solicitud de prestaciones

# Documentación a presentar

Presupuesto educativo	Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
Constancia de alumno regular con nº de CUE	Presupuesto de rehabilitación
Acta acuerdo Debe contener el membrete y sello de la institución educativa, firma y aclaración de todas las partes intervenientes: directivo/representante de la escuela, responsable de institución o equipo de integración y familiar responsable	RNP - prestador individual Categorización de Estimulación temprana en SNR en caso de Institución prestadora
Proyecto Pedagógico individual con adaptaciones curriculares. Debe estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión	Constancia de CUIT Título universitario Título de especialización en Estimulación Temprana
Categorización en el SNR	Nota por cambio o baja de prestador
Constancia de CUIT	Podrá ser brindada por una institución o equipo de profesionales. La institución deberá estar acreditada y a cargo de un terapeuta en Estimulación Temprana, en el marco de un equipo interdisciplinario. Se debe aclarar la frecuencia semanal y los distintos profesionales intervenientes. El equipo básico estará conformado por (Resolución 1328/06):
Nota por cambio o baja de prestador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pediatra y/o neurólogo infantil</li> <li>• Psicólogo</li> <li>• Terapeuta especializado en Estimulación Temprana con título postgrado a partir de su título habilitante (fonoaudiólogo, psicopedagogo, psicólogo, kinesiólogo, psicomotricista, terapista ocupacional, etc) o profesores de educación especial, con especialización o tecnicatura en Estimulación temprana</li> </ul>
<b>Prestaciones terapéutico-educativas/escolaridad</b>	<b>Prestaciones asistenciales</b>
Orden médica Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento	Hogar (de lunes a viernes, permanente, con CET, con Centro de día)
Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.	Orden médica Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento
Presupuesto educativo	Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
Constancia de CUIT	Presupuesto de rehabilitación
Categorización de la institución en el SNR	Tabla FIM (escala de dependencia funcional) Completar en caso de requerir dependencia. Se contempla para mayores de 6 años. Para prestaciones ASISTENCIALES debe estar firmado por un terapista ocupacional.
Nota por cambio o baja de prestador	Informe dependencia
Tabla FIM (solo educativo terapéuticas)	Nota por cambio o baja de prestador
Informe dependencia (solo educativo terapéuticas)	
*En la documentación se debe detallar el tipo de jornada (simple o doble).	
<b>Estimulación temprana</b>	
Orden médica Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento	

## Programa de discapacidad **Documentación General**

PLANILLA DE DATOS SOCIO/FAMILIARES - FORMULARIO 1

## DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio:

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

Teléfono y/o celular: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre:

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Obra Social:

## Grupo familiar conviviente y no conviviente

Apellido y nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

## Grilla de plan anual de tratamientos

Terapia	Sesiones semanales	Periodo prestacional

#### Firma y aclaración del titular

Fecha y lugar de emisión

## Programa de discapacidad

# Documentación General

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - DATOS DEL BENEFICIARIO - FORMULARIO 2

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*(La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado)*

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ N° de Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Diagnóstico de la patología discapacitante

---

---

Indicar resumen del paciente

---

---

Justificación de los tratamientos

---

---

Indicar todas las terapias que se solicitarán para plan anual

---

---

Firma y sello del médico/a tratante

Programa de discapacidad  
**Documentación General**

**ORDEN MÉDICA - ASISTENCIALES - FORMULARIO 3**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*(La fecha de emisión debe ser anterior  
al período solicitado)*

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Se indica (*especificar tratamiento*):

---

---

Jornada:

---

---

Dependencia: Si  No

Período prestacional (*indicar mes y año, desde - hasta*):

---

---

Año lectivo:

---

---

Diagnóstico:

---

---

---

---

Firma y sello del médico/a tratante

# Programa de discapacidad

## Documentación General

### FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 4 (página 1/3)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, N° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Independiente	Puntaje
Independiente total.	7 (siete)
Independiente con adaptaciones.	6 (seis)
Dependiente	Puntaje
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5 (cinco)
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más	4 (cuatro)
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3 (tres)
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2 (dos)
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25 %.	1 (uno)

Items	Actividad	Puntaje
01	Autocuidado	
02	Alimentación	
03	Aseo personal	
04	Higiene	
05	Vestido parte superior	
06	Vestido parte inferior	
07	Uso del baño	
08	Control de esfínteres	
09	Control de intestinos	
10	Control de vejiga	
11	Transferencias	
12	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
13	Transferencia al baño	
14	Transferencia a la ducha o bañera	
15	Locomoción	
16	Marcha o silla de ruedas	
17	Escaleras	
18	Comunicación	
19	Comprensión	
20	Expresión	
21	Conexión	
22	Interacción social	
23	Resolución de problemas	
24	Memoria	

Puntaje FIM total \_\_\_\_\_

Firma y sello del Terapista Ocupacional

# Programa de discapacidad

## Documentación General

### FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 4 (página 2/3)

#### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- 1. ALIMENTACIÓN:** Implica uso de utensilios, masticar y tragarse la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué 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 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 órtesis y prótesis. Características de la dependencia.  

---

---
- 5. VESTIDO PARTE INFERIOR:** Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.  

---

---
- 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 INTESTINOS:** 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 una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina, lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.  

---

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

---

---

## Programa de discapacidad Documentación General

### FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 4 (página 3/3)

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

---

**12. MARCHA/SILLA DE RUEDAS:** Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

---

**13. ESCALERAS:** Implica subir o 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 hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle 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 instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

---

**17. RESOLUCIÓN DE PROBLEMA:** Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

---

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

---

**EVALUACIÓN INSTITUCIONAL** - Escriba en base a la evaluación fisiática y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente:

---

---

---

Firma y sello del Terapista Ocupacional

Firma y sello del Médico tratante

## Programa de discapacidad

# Documentación General

### DEPENDENCIA - INFORME - FORMULARIO 5

Nombre beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Prestación - especialidad: \_\_\_\_\_

Para solicitar el presupuesto del 35% más en concepto de atención a la dependencia, es necesario que la institución/ transportista complete lo siguiente:

- A. Tabla FIM que arroje porcentaje de dependencia.
- B. Especifique el tipo de apoyo especial y personalizado que se proveerá:

Apoyos físicos de accesibilidad personalizada (equipamiento). ¿Cuáles?

---

---

Apoyos técnicos de acceso a la comunicación personalizados. ¿Cuáles?

---

---

Apoyos de personal para cuidado en Actividades de la vida Diaria personalizado. Detalle horarios y tareas.

---

---

Apoyos de personal personalizado para cuidado en el comportamiento social. Detalle horarios y tareas.

---

---

---

Firma y sello de responsable institucional

Lugar y fecha

# Programa de discapacidad

## Documentación General

### PRESUPUESTO - ASISTENCIALES - FORMULARIO 6

A quien corresponda:

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Les hacemos llegar el siguiente presupuesto.

#### DE

Prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Prestación/especialidad: \_\_\_\_\_

Período prestacional: \_\_\_\_\_

Jornada: Simple  Doble  Dependencia: Si  No

Monto mensual \$ \_\_\_\_\_ Categoría: A  B  C

#### PARA

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

#### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (DETALLAR TRATAMIENTO/S Y HORARIOS)

Tto.	Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde - hasta)							

Firma y sello del responsable de la Institución

#### CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descripto precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma de beneficiario o representante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

# Programa de discapacidad

## Documentación General

### INFORME INICIAL/EVOLUTIVO - PLAN DE TRATAMIENTO - FORMULARIO 7 (página 1/2)

Nombre beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

**PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD:** \_\_\_\_\_

#### **A) EVALUACIÓN DE INICIO.** Para el caso de prestación brindada por primera vez al paciente.

##### Instrumentos de evaluación utilizados:

- Escalas estandarizadas. ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojan?

\_\_\_\_\_

- Entrevistas estructuradas/semi estructuradas con el paciente y la familia. ¿Qué consideraciones resultan?

\_\_\_\_\_

- Informes de profesionales tratantes/ RHC. ¿Qué aspectos se destacan?

\_\_\_\_\_

- Informes escolares de años anteriores ¿Qué indicadores señalan?

\_\_\_\_\_

#### **B) INFORME DE EVOLUCIÓN.** Para el caso de prestaciones que ya se hayan brindado en períodos anteriores, de la misma manera o con modificaciones.

Se cumplieron los objetivos planteados: SI / NO Observaciones:

\_\_\_\_\_

Resultados observables del tratamiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

Lugar y fecha  
(la fecha debe ser anterior al período solicitado)

\*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

## Programa de discapacidad **Documentación General**

INFORME INICIAL/EVOLUTIVO - PLAN DE ABORDAJE - FORMULARIO 7 (página 2/2)

- Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos):

- ¿Cuál será el horario de asistencia?:

- ¿Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI/NO – ¿Con qué frecuencia?:

- ¿Se realiza el abordaje familiar? SI/NO – ¿Con qué frecuencia?:

### Firma y sello del profesional

# Programa de discapacidad

## Documentación General

## CAMBIO O BAJA DE PRESTADOR - FORMULARIO 8

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A quien corresponda:

Por la presente, comunico que el asociado/a \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ realizará un:

- Cambio de prestador
- Baja de prestador (*sin profesional alternativo por el momento*)

Prestación afectada (por ejemplo: Psicología) \_\_\_\_\_

## Detalle del cambio

Dejará de asistir con: \_\_\_\_\_ y comenzará a asistir con: \_\_\_\_\_  
a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

## Detalle de la baja

Dejará de asistir con: \_\_\_\_\_ a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Detallar motivos del cambio o baja de prestador: \_\_\_\_\_

Firma del asociado/a, parente, madre o tutor/a

## Aclaración

DNI

# Programa de discapacidad

## Documentación General

### DATOS DE PAGO A PROVEEDORES - FORMULARIO 9

Formulario de uso exclusivo para gestión y pago de facturación

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y Nombre / Razón Social: \_\_\_\_\_

CUIT N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Matrícula Prov./Nac. N°: \_\_\_\_\_ Corresponde Sí  / NO

Nº RNP/SNR: \_\_\_\_\_ Corresponde Sí  / NO  Vencimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Plazo de Pago: Mecanismo Integración

#### Documentación impositiva

CUIT N°: \_\_\_\_\_ N° de Ingresos Brutos: \_\_\_\_\_

Condición frente al IVA:  Responsable inscripto  Exento  Monotributo

Condición frente a Imp. a las Ganancias:  Responsable inscripto  Exento  Monotributo

Condición frente a Ingresos Butos:  Local  Exento  Convenio multilateral

Dirección (domicilio fiscal): \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Tipo de Factura que emiten:  A  A - Con CBU Informado  M  C

#### Documentación a adjuntar:

Constancia de inscripción en AFIP (actualizada)

Constancia de inscripción de Ingresos Brutos (C.M.: CM01 / Padrón Web / CM05 / Local)

Constancia de Exención: Ganancias / IVA / IIBB

Comprobante bancario

#### Datos bancarios

Nombre de entidad bancaria: \_\_\_\_\_

Nº de Cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Caja de ahorro  Corriente

CBU: \_\_\_\_\_

El CBU debe estar habilitado para la acreditación bajo la modalidad "PAGO A PROVEEDORES".

#### Datos domicilio prestacional

Dirección: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Teléfono (prefijo): \_\_\_\_\_

Página web: \_\_\_\_\_

Realiza consulta domiciliaria: Sí  / NO

\*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

Programa de discapacidad  
**Documentación General**

**CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN - FORMULARIO 10**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por medio de la presente dejo constancia que he leído e interpretado las normas de facturación adjuntas, aceptando y dando mi conformidad sobre lo que allí se establece.

---

Firma de beneficiario o responsable

---

Firma y sello profesional/institución