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.

Los formularios se deberán enviar en formato PDF sin excepción, se podrán firmar de forma holográfica.

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 |
|---|
| Educación inicial |
| EGB |
| Apoyo a la integración escolar |
| Maestro de apoyo |
| Formación laboral |

| Prestaciones no delimitadas al año calendario |
|---|
| Prestaciones de rehabilitación |
| Centro educativo terapéutico |
| Centro de día |
| Prestaciones asistenciales |
| Transporte |

**1122420091 > opción DISCAPACIDAD**

**MESA DE ESPECIALISTAS DISCAPACIDAD**

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

Medifé

Solicitud de prestaciones

# Documentación a presentar

## Documentación general

- CUD
- Resumen de historia clínica
- Constancia de alumno regular (en caso de estar escolarizado)
- Nota de beneficiario no escolarizado (en caso de NO estar escolarizado)
- Planilla de datos socio - familiares
- Constancia de CBU de prestador
- Datos de pago a proveedores discapacidad
- Informe de seguimiento semestral a los seis meses de iniciada la prestación
- Conformidad de Normas de facturación

## Tratamiento de rehabilitación

(Psicología, psicopedagogia, fonoaudiologia, kinesiologia, terapia ocupacional, etc)

- Orden médica
  Se debe indicar la especialidad. Colocar fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento
- Presupuesto de rehabilitación
  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.
- Nota de cambio o baja de prestador
- RNP (prestador individual)
- Categorización SNR (centro categorizado)
- Título universitario
- Constancia de CUIT

## Transporte

- 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
- Tabla FIM (escala de dependencia funcional)
  Completar en caso de requerir dependencia, firmado por terapista ocupacional y/o médico tratante
- Licencia de conducir
- Seguro del automotor vigente
- VTV - Verificación Técnica Vehicular
- Habilitación municipal de la empresa de transporte
- CUIT de empresa de transporte/transportista
- Nota por cambio o baja de prestador

## Maestra de apoyo

Debe ser profesional graduado/a como Psicopedagogo/a, profesor/a en educación especial/Licenciado/a en Cs de la educación/ Psicólogo/a

- Orden médica
  Con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Presupuesto educativo
  Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional
- Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo
  Detallar periodo, modalidad, objetivos especificos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Constancia de alumno regular con n° de CUE
- Acta acuerdo
  Debe contener el membrete y sello de la institución educativa, firma y aclaración de todas las partes intervinientes: directivo/representante de la escuela, responsable de institución o equipo de integración y familiar responsable
- Proyecto Pedagógico individual con adaptaciones curriculares.
  Debe estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión
- Constancia de CUIT
- Título y certificado analítico con materias aprobadas
- Nota por cambio o baja de prestador

## Apoyo a la integración escolar

- 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 n° de CUE

Acta acuerdo
Debe contener el membrete y sello de la institución educativa, firma y aclaración de todas las partes intervinientes: directivo/representante de la escuela, responsable de institución o equipo de integración y familiar responsable

Proyecto Pedagógico individual con adaptaciones curriculares.
Debe estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión

Categorización en el SNR

Constancia de CUIT

Nota por cambio o baja de prestador

Las figuras de apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo se excluyen entre sí. Se autoriza un único módulo y un único prestador que brinde la integración. Se reconocerá el valor indicado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas. No se reconoce el concepto de mátricula.

## Prestaciones terapéutico-educativas/escolaridad

Orden médica
Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo
Detallar periodo, modalidad, objetivos especificos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

Presupuesto educativo

Constancia de CUIT

Categorización de la institución en el SNR

Nota por cambio o baja de prestador

*En la documentación se debe detallar el tipo de jornada (simple o doble).

## Estimulación temprana

Orden médica
Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo
Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

Presupuesto de rehabilitación

RNP - prestador individual

Categorización de Estimulación temprana en SNR en caso de Institución prestadora

Constancia de CUIT

Titulo universitario

Título de especialización en Estimulación Temprana

Nota por cambio o baja de prestador

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 intervinientes.
El equipo básico estará conformado por (Resolución 1328/06):

- Pediatra y/o neurólogo infantil
- Psicólogo
- 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

## Prestaciones asistenciales
Hogar (de lunes a viernes, permanente, con CET, con Centro de día)

Orden médica
Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo
Detallar periodo, modalidad, objetivos especificos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

Presupuesto de rehabilitación

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.

Informe dependencia

Nota por cambio o baja de prestador

Medifé

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada. Presentar grilla actualizada en caso de modificaciones como actualización de documentación en el canal correspondiente

Firma y aclaración del titular

Fecha y lugar de emisión

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR - FORMULARIO 2

Nombre del establecimiento: _____

N° de C.U.E (Excluyente).: _____

Se hace constar que (completar nombre y apellido) _____

DNI (completar n° de documento) _____ es alumno regular del curso / grado / sala

(indicar el que corresponda) _____ turno _____ / _____ jornada

Horarios _____ ciclo lectivo (indicar año) _____

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

En (indicar lugar y/o ciudad) _____

a los días _____ del mes de _____ del año _____

Firma y sello del establecimiento

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS - FORMULARIO 3

Fecha: ____ / ____ / _____

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) ☐

A quien corresponda:

Por medio de la presente informo que *(completar apellido y nombre del asociado/a)* _____

_____

no concurre a institución educativa alguna debido a *(indicar el motivo)* _____

_____

_____

Dicha situación, abarca el período desde _____ hasta _____

del año _____

_____

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

_____

Aclaración

_____

DNI

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - FORMULARIO 4

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) ☐

Diagnóstico *(según indica certificado único de Discapacidad)*

Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas

Medicación indicada

Parámetros funcionales actuales

Evolución del cuadro clínico de base en el último año *(fisiátrico - psiquiátrico)*

Firma y sello del médico/a tratante

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## ORDEN MÉDICA - FORMULARIO 5

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: Simple ☐ Doble ☐

Dependencia: Si ☐ No ☐

Período prestacional (mes y año desde - hasta mes y año):

Año lectivo:

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante

Programa de discapacidad

# Documentación General

## FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 6 (página 1/3)

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____

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

Institución a la que asiste el paciente: _____

Modalidad de la institución: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____

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

Firma y sello del Terapista Ocupacional

Programa de discapacidad

# Documentación General

## FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 6 (página 2/3)

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. **ALIMENTACIÓN:** Implica uso de utensilios, masticar y tragar 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 6 (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 fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente:

Firma y sello del Terapista Ocupacional

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## DEPENDENCIA - INFORME - FORMULARIO 7

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Razón social del prestador: _____

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

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## PRESUPUESTO - CONFORMIDAD - FORMULARIO 8

Lugar y fecha de emisión *(la fecha debe ser anterior al período solicitado):* _____

Razón social del prestador: _____ CUIL/CUIT: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

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

Prestación/especialidad *(completar según nomenclador - mecanismo de integración):*

Período de ciclo lectivo *(indicar mes y año desde-hasta):* _____

Jornada: Simple ☐ Doble ☐ Dependencia: Si ☐ No ☐

Monto mensual $ _____ Categoría: A ☐ B ☐ C ☐

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

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

Observaciones:

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: _____

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## INFORME INICIAL/EVOLUTIVO - PLAN DE TRATAMIENTO - FORMULARIO 9

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: _____

**A Y B) ) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL.** Completar en todos los casos

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

2- ¿Cuál será el horario de asistencia?

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

4. ¿Se realiza abordaje familiar? SI /NO ¿Con qué frecuencia? _____

5- Completar cronograma de todas las actividades terapéuticas del paciente (ver aparte)

Firma y sello del profesional

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

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## DATOS DE PAGO A PROVEEDORES - FORMULARIO 10

*Formulario de uso exclusivo para gestión y pago de facturación*

Fecha: ____ /____ /_____

Apellido y Nombre / Razón Social: _____

CUIT Nº: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Teléfono: _____

Mail: _____

Matrícula Prov./Nac. Nº: _____ Corresponde SÍ ◯ / NO ◯

Nº RNP/SNR: _____ Corresponde SÍ ◯ / NO ◯ Vencimiento: ____ /____ /_____

Especialidad: _____

Plazo de Pago: Mecanismo Integración

### Documentación impositiva

CUIT Nº: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nº 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 ◯

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## CAMBIO O BAJA DE PRESTADOR - FORMULARIO 11

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, padre, madre o tutor/a

_____

Aclaración

_____

DNI

Programa de discapacidad

# Documentación General

## CRONOGRAMA DE PRESTACIONES ESPECIALES - FORMULARIO 12

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

**Todos los profesionales y/o familiares o la persona con discapacidad deberán completar un único cronograma con el total de las prestaciones percibidas.**

A. En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. Se acuerda que el tiempo establecido por sesión es de 45-60 minutos.

B. En los ítems DÍAS, indicar la prestación que recibe

| Horario | | Días | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inicio | Fin | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
| 07: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 08: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 09: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 10: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 11: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 12: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 13: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 14: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 15: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 16: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 17: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 18: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 19: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 20: ____ | ____:____ | | | | | | |
| 21: ____ | ____:____ | | | | | | |

Medifé

Programa de discapacidad

# Documentación General

## CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN - FORMULARIO 13

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