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

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - FORMULARIO 2

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

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR - FORMULARIO 3

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 4

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

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 Transporte especial ida y vuelta hacía *(indicar actividad-prestación que realiza)*:

Dependencia *(marque la opción que corresponda)*: SI ☐ NO ☐

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

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

DIAGRAMA DE TRASLADOS// CONFORMIDAD Discapacidad - Transporte - FORMULARIO 8

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

TRASLADOS	Domicilio de partida ☐	Domicilio de destino ☐	KM por viaje	Importe diario	Importe mensual

Dependencia: SI ☐ NO ☐ Monto mensual $ _____

CRONOGRAMA DE TRASLADO

Tto. / Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:

_____ _____

Firma responsable del transporte Aclaración

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

PRESUPUESTO (Transporte especial) - FORMULARIO 9

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: _____

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

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

DATOS DEL PRESTADOR

No convenido: _____ Convenido: _____ N° de Convenio: _____

Apellido y nombre del prestador o Razón Social: _____

Domicilio real de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Telélefono: _____

N° de CUIT: _____ Condiciones frente a IVA: _____

Mail: _____

RECORRIDOS DEL TRANSPORTE

Dependencia (marcar la que corresponda): SI ☐ NO ☐

Direcciones de origen/destino *(aclarar localidad / provincia)*

Domicilio asociado: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Período prestacional desde: _____ Hasta: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Período prestacional desde: _____ Hasta: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Período prestacional desde: _____ Hasta: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Período prestacional desde: _____ Hasta: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

RECORRIDOS - FORMULARIO 10

RECORRIDO LUNES

Punto de partida *(Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela)*: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

RECORRIDO MARTES

Punto de partida *(Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela)*: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

RECORRIDO MIÉRCOLES

Punto de partida *(Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela)*: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Programa de discapacidad

Documentación General

RECORRIDOS - FORMULARIO 10

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

RECORRIDO JUEVES

Punto de partida *(Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela)*: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

RECORRIDO VIERNES

Punto de partida *(Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela)*: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

RECORRIDOS - FORMULARIO 10

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

RECORRIDO SABADO

Punto de partida *(Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela)*: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

Siguiente destino: _____

Cantidad de KM diario del trayecto: _____ Valor KM diario: _____

_____

Firma y sello del transportista

Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DEL TRANSPORTE - FORMULARIO 11

DATOS DEL BENEFICIARIO

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) ☐

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a que

Por lo que requiere traslado desde *(indicar dirección de domicilio)*:

Hasta *(indicar dirección de la institución y/o prestación):*

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante

Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

DATOS DE PAGO A PROVEEDORES - FORMULARIO 12

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 13

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

Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

DECLARACIÓN JURADA DE TRANSPORTE - FORMULARIO 14

_____, ____de _____ de _____

A quien corresponda:
Por medio de la presente, en mi carácter de beneficiario que recibe las prestaciones básicas para personas con discapacidad contempladas en la ley 24.901

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____

Informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

Atte: _____

Firma y aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por medio de la presente, en mi carácter de familiar responsable/figura de apoyo de _____

DNI (de la persona con discapacidad)_____ les informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor a favor del nombrado haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

Atte: _____

Firma y aclaración: _____

Tipo y N° de Documento: _____

Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

JUSTIFICACIÓN KILOMETRAJE - FORMULARIO 15

Fecha: ____ / ____ / _____

A quien corresponda:

Por la presente, solicito autorizar la ruta de transporte presentada hacia la/las prestación/es _____

_____

para el asociado _____

DNI: _____

El motivo de diferencia de kilometraje que no se ajusta a la normativa vigente de recorrido más corto (detallar motivos)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma de transportista

_____

Aclaración

_____

DNI

Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN - FORMULARIO 16

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