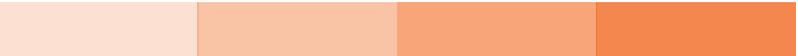


NORMAS DE FACTURACIÓN DISCAPACIDAD

CICLO: Desde Febrero 2025
Medifé Asociación Civil
Gerencia de Prestaciones

Medifé



ÍNDICE

CONSULTAS FRECUENTES	3
1. NORMAS DE FACTURACIÓN DISCAPACIDAD	4
2. FACTURACIÓN POR INTEGRACIÓN	4
2.1. CONFECCIÓN DE LA FACTURA POR INTEGRACIÓN	5
2.2. DÓNDE PRESENTAR LA FACTURACIÓN.....	6
2.3. PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN	6
2.4. DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR	7
2.5. REQUISITOS PARA LA CORRECTA CONFECCIÓN DE COMPROBANTES (FACTURAS).....	7
2.5.1. REQUISITOS PARA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES	7
2.5.2. REQUISITOS PARA FACTURACIÓN DE TRANSPORTE	8
3. CANALES FUERA DE INTEGRACIÓN	10
3.1 PRESTADOR QUE SÍ TIENE CONVENIO FIRMADO CON MEDIFÉ	10
3.2 PRESTADOR QUE NO TIENE CONVENIO FIRMADO CON MEDIFÉ	10
4. CONSIDERACIONES GENERALES.....	11
4.1. AUTORIZACIONES	11
4.1.1. CONSULTAS SOBRE AUTORIZACIONES	11
4.1.2. INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL.....	12
4.2. CAMBIO DE CBU	12
4.3. CONSIDERACIONES SOBRE GESTIÓN DE REINTEGROS.....	12
5. CONSULTAS SOBRE PAGOS (ITG / FUERA ITG)	13
5.1. CONSULTAS GENERALES SOBRE FACTURACIÓN DE DISCAPACIDAD	13
5.2. PLAZOS DE PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN.....	13
6. ANEXOS.....	14
ANEXO I- PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL	15
ANEXO II- PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL DE TRANSPORTE.....	16
INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL.....	17

CONSULTAS FRECUENTES

¿A nombre de quién debo emitir la factura?

Primero es necesario determinar si la prestación corresponde al canal de integración o no: verificar en [sección 1](#)

- Si aplica el canal de integración, consultar [sección 2](#)
- Si NO aplica el canal integración, consultar [sección 3](#)

¿Dónde debo presentar la facturación?

- Si aplica el canal de integración, consultar [sección 2.2](#)
- Si NO aplica el canal de integración, consultar [sección 3](#)

¿Cómo se realizan consultas sobre autorizaciones (emisión, cambio, extensión)?

- Consultar [sección 4.1](#)

¿Cómo se consulta sobre pagos?

- Consultar [sección 5](#)

¿Cuál es el impacto de la Resolución 1/2025 para asociados de la Obra Social FIAT (RNAS 9-0010-2 OSPEFyEPCA)?

- Ninguno. Cuando la autorización indica que se debe “Facturar a nombre de la Obra Social”, corresponde a nombre de OSPEFyEPCA (Obra Social FIAT).

1. NORMAS DE FACTURACIÓN DISCAPACIDAD

Las prestaciones de discapacidad se autorizan **al asociado** para ser gestionadas por una de las dos siguientes coberturas:

DETALLE	INTEGRACIÓN	NO INTEGRACIÓN
Cobertura	Cobertura que otorga la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) a través de la Obra Social (Medifé o FIAT- OSPEFyEPCA, según corresponda)	Cobertura directa de Medifé, sin intervención de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)
Autorización y facturas	<p>En las observaciones de la autorización se indica “Facturar a nombre de la OBRA SOCIAL”. La factura la presentará el prestador ante Medifé.</p> <p>Importante: A partir de la Resolución 1/2025 de la SSS, las autorizaciones que indiquen “Facturar a nombre de la OBRA SOCIAL” deberán ser emitidas a nombre de MEDIFE ASOCIACION CIVIL y/o OSPEFyEPCA (FIAT), según corresponda.</p>	<p>En las observaciones de la autorización NO se indica “Facturar a nombre de la OBRA SOCIAL”</p> <ul style="list-style-type: none"> • El prestador que ya tiene convenio facturará a nombre de MEDIFE ASOCIACION CIVIL. La factura la presentará el prestador ante Medifé. • El prestador que no tiene convenio facturará a nombre del asociado y la prestación se cubrirá por la vía de reintegro. La gestión la realizará el asociado ante Medifé.

2. FACTURACIÓN POR INTEGRACIÓN

Integración: Circuito para la facturación y cobro de las prestaciones de discapacidad, reguladas y reconocidas por la Superintendencia de Servicios de Salud (s/Ley 24901) **a la Obra Social**, según los aranceles establecidos en sus Resoluciones publicadas a través de Boletín Oficial.

Circuito Integración: Se detallan las instancias por las que transcurre el mismo:

- a) Mes de prestación
- b) Mes de Presentación de Facturación
 - a. Ingresar hasta el día 05 en casillas de mail de Integración de Medifé.
 - b. Se presenta en la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) para su aprobación.
- c) Mes de Acreditación en MEDIFÉ o en OSPEFyEPCA (FIAT)
 - a. Alrededor del día 20, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) deposita los fondos en la cuenta de la obra social correspondiente, exclusiva para pago de integración.

d) Plazo para el pago al prestador

- a. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) habilita, a partir del día de acreditación en la cuenta de la obra social, un plazo máximo de 20 días para cancelar el pago de las facturas presentadas por los prestadores.

2.1.CONFECCIÓN DE LA FACTURA POR INTEGRACIÓN

Las facturas deben ser emitidas a nombre de la obra social correspondiente:

MEDIFÉ ASOCIACION CIVIL
CUIT 30-68273765-0
RNAS 901402
IVA: Inscripto
Dirección: Lima 87 – piso 5
1073 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EMPRESAS FIAT Y
EMPRESAS PEUGEOT CITROEN ARGENTINA
(OSPEFyEPCA)**
CUIT 30-69118353-6
RNAS 9-0010-2
Ganancias: Sicore-Impto a las Ganancias
IVA: Iva Exento
CAPITAL FEDERAL - ALEM LEANDRO N. AVDA. (501-
CP 1200)

Tipo de Comprobante: El mismo dependerá de la Categoría Impositiva, tanto del Emisor (prestador), como del Receptor (Medifé/OSPEFyEPCA)

Emisor de la Factura	Destinatario de la Factura	Tipo Comprobante
Monotributista	Responsable Inscripto (Medifé)	C
Responsable Inscripto	Responsable Inscripto (Medifé)	A-M
Responsable Inscripto	Exento (OSPEFyEPCA)	B

Monotributista	Exento (OSPEFyEPCA)	C
----------------	---------------------	---

Dado que Medifé Asociación Civil reviste en la Categoría de Responsable Inscripto, no se pueden aceptar Comprobantes tipo "B".

2.2. DÓNDE PRESENTAR LA FACTURACIÓN

Todas las facturaciones emitidas deberán presentarse en las siguientes casillas según corresponda:

Emisor de la Factura	Mail
CABA/AMBA	integracionamba@medife.com.ar
Interior del País	facturacion-integracion@medife.com.ar

Deberá enviarse un (1) mail por Asociado y Período Prestacional, indicando en el Asunto:
OBRA SOCIAL / APELLIDO Y NOMBRE ASOCIADO / PERIODO DE PRESTACIÓN / PRESTACION

ACTUALMENTE ESTOS SON LOS ÚNICOS CANALES VÁLIDOS PARA PRESENTACIÓN DE FACTURAS DE INTEGRACIÓN. NO SE UTILIZAN OTRAS CASILLAS O PLATAFORMAS PARA RECEPCIÓN DE FACTURAS.

2.3. PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

Las facturas presentadas por los prestadores hasta el día 5 (cinco) del mes, serán auditadas por MEDIFÉ, para ser presentadas ante la SSS por intermedio de la Obra Social, en la carpeta correspondiente del período.

Ejemplo:

Tiempo Límite de Presentación en Medife	¿Que Ingresa?
5/4/2025	Facturas por Prestaciones desde 202502 hasta 202503 inclusive

No se dará curso a las facturaciones presentadas con una demora de más de 2 períodos inmediatos anteriores independientemente del circuito de cobertura correspondiente (mecanismos de integración o circuitos ordinarios de Medifé).

En caso de que la facturación presentase algún error u omisión, el prestador será notificado vía mail, una vez que la misma se haya auditado.

2.4. DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR

Cada mes debe presentarse en la casilla correspondiente la siguiente documentación, en archivos independientes:

- **Factura:** En Formato PDF, tal como se descarga de la WEB de ARCA. No se aceptarán imágenes fotográficas, copias escaneadas, así como tampoco enmiendas en los documentos.

El formato correcto del nombre del archivo (único aceptado por la Superintendencia) es:
CUIT_TIPODECOMPROBANTE_PUNTO_NUMERO

Ejemplo: 27277239286_011_00002_00000257

- **Planilla de Asistencia:** En Formato PDF, conformada por Prestador y Asociado/Familiar.

El formato correcto del nombre del archivo es:

PLANILLA DE ASISTENCIA_CUIT_TIPODECOMPROBANTE_PUNTODELAFACTURA_NRODELA FACTURA

Ejemplo: PLANILLA DE ASISTENCIA_27277239286_011_00002_00000257

- Por única vez, con la presentación de la primera factura, adjuntar copia legible de CBU vigente.

2.5. REQUISITOS PARA LA CORRECTA CONFECCIÓN DE COMPROBANTES (FACTURAS)

Requisitos aplicables a prestaciones vía **integración y fuera de integración**.

2.5.1. REQUISITOS PARA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

- **DATOS DEL EMISOR** (Prestador)
- **DATOS DEL RECEPTOR** (Obra Social: MEDIFÉ ASOCIACION CIVIL y/o OSPEFyEPCA)
- **PERÍODO FACTURADO**
 - En los campos *Desde* y *Hasta*, debe constar el primer y último día del período prestacional facturado.
 - Ejemplo de factura por prestaciones brindadas en Febrero/2025:

Período Facturado Desde: 01/02/2025	Hasta: 28/02/2025
--	--------------------------

- **DETALLE DE FACTURACIÓN** – Debe Incluir:
 - **Nombre y Apellido del asociado**
 - **DNI del asociado**
 - **Mes facturado**
 - **Descripción de la prestación brindada:** Nombre detallado de la práctica, según la autorización emitida, que refiere al Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad.
 - Si es un Centro categorizado, debe indicar jornada (simple/doble) y categoría (A, B, C)
 - Indicar si incluye adicional por dependencia en caso de corresponder, detallando el porcentaje (35%)
 - Indicar si incluye adicional por zona desfavorable en caso de corresponder, detallando el porcentaje (20%)
 - Estimulación Temprana: Al facturar indicar que se trata de Estimulación Temprana, más la prestación (ejemplo: Estimulación Temprana – Psicología)

- **CANTIDAD**
 - Prestación de apoyo individual: debe indicar la cantidad de sesiones realizadas en el mes.
 - Si es Módulo Integral (simple/intensivo) o Estimulación Temprana:
 - Tipo de rehabilitación y cantidad de sesiones de cada prestación que conforma dicho módulo.
 - Si es Maestra de Apoyo debe indicar según la autorización:
 - Autorizado por hora: Cantidad de horas totales realizadas en el mes
 - Autorizado por módulo: Cantidad = 1
 - Si es Apoyo a la Integración Escolar debe indicarse 1 por mes facturado.

- **VALOR UNITARIO DE LA PRESENTACIÓN**
 - **VALOR SUBTOTAL DEL COMPROBANTE** (resultante del valor unitario multiplicado por la cantidad consignada)
 - **VALOR TOTAL DEL COMPROBANTE**

2.5.2. REQUISITOS PARA FACTURACIÓN DE TRANSPORTE

Importante

Se sugiere emitir una (1) factura por viaje a cada uno de los distintos destinos, puesto que la Superintendencia reconoce los traslados del mes, cuando en el mismo período se presenta también la factura de la prestación a la cual fue trasladado el asociado (si el prestador o centro al que fue trasladado el asociado no presentó su factura, la Superintendencia rechazará el traslado)

En caso de que se confeccione una (1) sola factura por la totalidad de viajes del mes, deben detallarse los viajes a cada destino y en la columna CANTIDAD, se debe indicar el subtotal de kilómetros

recorridos ese mes a cada uno de los destinos. Luego se indica la sumatoria total de los kilómetros recorridos en el mes a todos los destinos.

- **DATOS DEL EMISOR** (Prestador)
- **DATOS DEL RECEPTOR** (Obra Social: MEDIFÉ ASOCIACION CIVIL y/o OSPEFyEPCA)
- **PERÍODO FACTURADO**
 - En los campos *Desde* y *Hasta*, debe constar el primer y último día del período prestacional facturado.
 - Ejemplo de factura por prestaciones brindadas en Febrero/2025:

Período Facturado Desde: 01/02/2025	Hasta: 28/02/2025
--	--------------------------

- **DETALLE DE CONCEPTO FACTURADO** – Debe Incluir:
 - Nombre y Apellido del asociado
 - DNI del asociado
 - Mes facturado
 - Descripción de la prestación brindada:
 - Indicar (sólo si está autorizado) si es traslado con dependencia
 - Punto de partida del viaje (dirección exacta desde donde comienza el viaje)
 - Punto de destino del viaje (dirección exacta hasta donde se viaja)
 - Cantidad de viajes por día y cantidad de kilómetros por día
 - Cantidad de viajes por mes y kilómetros totales recorridos en el mes

- **DETALLE DE FACTURACIÓN DE KILÓMETROS**

Teniendo en cuenta que la Superintendencia reconoce **kilómetros**, debe consignarse en los siguientes campos:

- Cantidad: El total de los kilómetros recorridos en el mes
- U. Medida: La palabra “Kilómetros” o “Km”
- Precio Unitario: El valor vigente del kilómetro según Nomenclador Nacional de Prestaciones de Discapacidad
- Subtotal: El importe producto de multiplicar el valor del kilómetro por el total de kilómetros recorridos

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
--------	---------------------	----------	-----------	--------------	---------	-------------	----------

- **VALOR TOTAL DEL COMPROBANTE**
 - CANTIDAD DE VIAJES / PLANILLA DE FIRMAS: Si en la factura se consignan “viajes”, la cantidad de estos debe coincidir con la cantidad de firmas de conformidad del asociado.

Ejemplo: 20 veces en un mes un asociado es llevado hasta una terapia y regresado luego a su domicilio.

- Si en la factura se mencionan “20 viajes”, en la planilla deben constar las 20 fechas con sus 20 firmas de conformidad del asociado/familiar.
- Si en la factura se mencionan “40 viajes” (porque se consideran viajes de ida y viajes de vuelta), cada uno debe tener la firma de conformidad del asociado/familiar.

3. CANALES FUERA DE INTEGRACIÓN

3.1 PRESTADOR QUE SÍ TIENE CONVENIO FIRMADO CON MEDIFÉ

Emitir factura a:

<p>MEDIFÉ ASOCIACION CIVIL</p> <p>CUIT 30-68273765-0</p> <p>IVA: Inscripto</p> <p>Dirección: Lima 87 – piso 5</p> <p>1073 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES</p>

Presentación de la facturación:

- Si es usuario registrado en la Plataforma **NEXO**, deberá cargar su facturación con documentación respaldatoria ingresando a la sección **DISCAPACIDAD MEDIFÉ**.
- Si no se encuentra registrado en dicho portal, puede presentar la facturación en el correo electrónico que corresponda a su ubicación geográfica:

Ubicación geográfica	Casilla de recepción
Prestador del área metropolitana (CABA/AMBA)	prestadoresdiscapacidadmetro@medife.com.ar
Prestador del resto del país (Interior)	prestadoresdiscapacidadinterior@medife.com.ar

Requisitos para la correcta confección de comprobantes (facturas):

Corresponde lo mismo que se detalla en el [Punto 2.5](#).

3.2 PRESTADOR QUE NO TIENE CONVENIO FIRMADO CON MEDIFÉ

La gestión se realiza por la vía del **Reintegro** al asociado.

- **Emitir factura a:** Asociado titular o Paciente asistido
- **Presentación de la facturación a cargo del asociado:** ingresa a través de la web: www.medife.com.ar a *Gestiona tus Reintegros*. Allí cargará la factura más la documentación

respaldatoria y seleccionará la opción *Enviar*.

IMPORTANTE: Ver [Punto 4.3](#) por **CONSIDERACIONES SOBRE GESTIÓN DE REINTEGROS**.

4. CONSIDERACIONES GENERALES

4.1. AUTORIZACIONES

Las Autorizaciones son documentos que se emiten a los asociados. Toda documentación relacionada con la emisión de estas, su gestión o modificación, debe presentarla el asociado a través de nuestra web: www.medife.com.ar > MI CUENTA > AUTORIZACIONES > DISCAPACIDAD > ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Ejemplos de gestiones:

- Extensión de la cobertura
- Cambio de prestador
- Cambio de condición fiscal del prestador

El inicio de las prestaciones **sin autorización previa** es responsabilidad del prestador y **no obliga a Medifé a cubrir las prestaciones** (aplica tanto a prestadores convenidos como a no convenidos).

La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado **no da derecho al profesional interviniente (particular o institución)** a continuar con la prestación con cargo a Medifé, **sin la previa autorización** por parte del Área de Discapacidad, surgida del análisis de la documentación que se presenta.

Debe existir total coincidencia entre el tipo y cantidad de prestaciones presupuestadas con las indicadas por el médico tratante.

No se podrá autorizar al asociado ninguna prestación o servicio con profesionales o instituciones que no se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad (ex SNR).

4.1.1. CONSULTAS SOBRE AUTORIZACIONES

Toda consulta o reclamo relacionado con Autorizaciones, debe canalizarse a través del 0800-333-2700 (las 24 horas, todos los días), también el asociado puede contactarse por los siguientes canales:

- Por WhatsApp al +54 9 11 2242 0091 Opción 5 Discapacidad (de lunes a lunes de 8 a 22 horas)
- Presencialmente en Sucursal Medifé

4.1.2. INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL

La autorización inicial de la práctica indicará al asociado el mes de presentación del informe evolutivo semestral, condición para la extensión de esta. El asociado es responsable de presentarlo a través de la web Medifé, tal como se detalla en el [Punto 4.1](#).

4.2. CAMBIO DE CBU

Cualquier cambio que afecte al CBU del prestador, debe informarlo a pagosdiscapacidad@medife.com.ar, adjuntando comprobante del nuevo CBU con la factura que presente luego del cambio.

4.3. CONSIDERACIONES SOBRE GESTIÓN DE REINTEGROS

Por tratarse de una gestión que presenta el asociado, toda consulta o reclamo deberá realizarla a través del sector de Servicios al Cliente, por cualquiera de los siguientes canales:

- De forma telefónica al **0800 333 2700** (las 24 horas, todos los días)
- Por WhatsApp al **+54 9 11 2242 0091** (de lunes a lunes de 8 a 22 horas – Opción 5: Discapacidad)
- Presencialmente en Sucursal Medifé

Documentación por presentar

- Planilla de asistencia conformada por prestador y asociado/Familiar
- Factura en PDF descargado desde la web ARCA (**no se aceptará fotografía ni copia escaneada**)

Confeción de Facturas

Las Facturas deben confeccionarse de acuerdo a lo establecido en el [Punto 2.5](#).

Ante posibles incrementos retroactivos, será necesario emitir **una factura por cada mes calendario**, indicando el importe correspondiente a la diferencia resultante.

Plazos de Presentación de Reintegros y Pagos

El asociado tiene habilitado un plazo de hasta 90 días desde la fecha de emisión de la factura para presentar el reintegro en la web Medifé.

El plazo máximo de pago estimado para la acreditación de reintegros será de hasta 72 horas hábiles desde su presentación. El pago se acreditará exclusivamente en la cuenta bancaria declarada por el asociado.

La normativa podrá ser modificada a los fines de cumplimentar las exigencias vigentes por Resolución. Toda modificación será comunicada al mail informado en el Plan Anual de Discapacidad (PAD) provisto al momento de solicitar la autorización de la prestación.

5. CONSULTAS SOBRE PAGOS (ITG / FUERA ITG)

Los canales de consulta para prestadores por pagos de facturaciones son los siguientes:

- Por correo a través de pagosdiscapacidad@medife.com.ar
- De forma telefónica a través del **0800 333 2700** (las 24 horas, todos los días)

El asociado puede contactarse con su Sucursal Medifé de origen, telefónicamente a través del **0800 333 2700** o vía WhatsApp al **+54 9 11 2242 0091** (de lunes a lunes de 8 a 22 horas)

5.1. CONSULTAS GENERALES SOBRE FACTURACIÓN DE DISCAPACIDAD

Para dudas o consultas sobre forma de facturación, canales de presentación, etc., pueden comunicarse a través de la casilla de correo atencionalprestador@medife.com.ar

5.2. PLAZOS DE PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

MEDIFÉ **NO** aceptará facturas presentadas fuera de los plazos establecidos (60 días) para la recepción por intermedio de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). El prestador que no respete los plazos establecidos no podrá realizar reclamo alguno.

6. ANEXOS

Medifé

ANEXO I - PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL PRESTACIONES POR SESION/MODULOS

La presente tiene carácter de declaración Jurada

APELLIDO Y NOMBRE	
DOCUMENTO	
RAZON SOCIAL/PRESTADOR	
Nº DE FACTURA RELACIONADA	
TIPO DE PRESTACION	
PERÍODO (MES Y AÑO)	

Cantidad Sesiones	Fecha DD/MM/AA	Hora de Inicio	Hora de Finalización	Firma y sello del profesional	Firma y sello del asociado titular, padre, madre o tutor legal
Nro 1	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 2	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 3	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 4	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 5	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 6	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 7	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 8	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 9	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 10	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 11	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 12	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 13	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 14	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 15	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		

Firma y Sello Institución, según corresponda

Firma y Sello Profesional

(AT en Aula, Maestra Apoyo, Apoyo a la Integr. Escolar)

ANEXO II- PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL DE TRANSPORTE

La presente tiene carácter de declaración Jurada

APELLIDO Y NOMBRE	
DOCUMENTO	
RAZON SOCIAL/ PRESTADOR	
Nº DE FACTURA RELACIONADA	
PERÍODO (MES Y AÑO)	

Transporte a (Indicar tipo de terapia y/o razón social de la institución)

Partida desde (Calle y número, localidad y provincia)

.....

Hasta (Calle y número, localidad y provincia)

.....

Cantidad Viajes	Fecha DD/MM/AA	Hora de Inicio	Hora de Finalización	Cantidad de Kilómetros recorridos	Firma y sello del asociado titular, padre, madre o tutor legal
Nro 1	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 2	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 3	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 4	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 5	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 6	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 7	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 8	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 9	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 10	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		
Nro 11	--/--/----	Desde.....hs	Hasta.....hs		

Firma y sello de la Entidad de destino

Firma y sello del transporte

INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL

Fecha ____/____/____

Apellido y Nombre del paciente: _____

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

Localidad: _____

Prestación / Especialidad: _____

Semestre informado (a contar desde el inicio del tratamiento)

DESDE Fecha ____/____/____

HASTA Fecha ____/____/____

¿Se cumplieron los objetivos planteados?

(Marque con una "X" en el recuadro correspondiente)

SI NO PARCIALMENTE

JUSTIFIQUE:

Evolución – Resultados observables del tratamiento:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

¿Se mantuvo en contacto con el equipo tratante?

(Marque con una "X" en el recuadro correspondiente)

Si No

