



**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS
RNOS: 1-2600-7**

1

**COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2024
Instructivo para Beneficiarios
IMPORTANTE**

En caso de inicio, ampliación, modificación de tratamientos individuales y/o institucionales, solo podrán comenzar los tratamientos prescritos si tienen la autorización emitida por la Obra Social, luego de haber presentado la documentación completa a los fines de la auditoría médica.

Toda la documentación requerida por el Sector de Discapacidad se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones de la normativa vigente de la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

La cobertura por Discapacidad-Sistema de Integración, se otorgará a partir del año de vida.

Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación.

Reclamo de documentación faltante, incompleta o incorrecta: en caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente, dicho reclamo se realiza por medio de una notificación al correo electrónico declarado por el beneficiario titular, y/o a la delegación de cabecera de acuerdo a la forma de gestión, debiendo cumplimentarse a la mayor brevedad a fin de darle curso correspondiente al expediente.-

LA DOCUMENTACION PRESENTADA DEBE ESTAR COMPLETA PARA SER AUDITADA POR LA OBRA SOCIAL. SU RECEPCION NO IMPLICA LA APROBACION DE LA PRESTACION SOLICITADA.

NO SE AUTORIZARAN PRESTACIONES CON RETROACTIVO.

Para las prestaciones con DEPENDENCIA se debe presentar indefectiblemente informe cualitativo y cuantitativo de la escala de Medición de Independencia Funcional (FIM). e informe del prestador indicando los apoyos que brinden.

De acuerdo a Res. De la SSS desde marzo 2020, NO se cubrirán transportes con dependencia a quienes sean menores de 6 años.

CUD(Certificado de Discapacidad) vigente, el beneficiario y su grupo fiar debe estar afiliado y cobertura vigente, de contar con PROFE deberán gestionar en forma personal el titular en ANSES la opción por esta obra social sin tener que perder la pensión al beneficiario. Pero deberán gestionarlo, de lo contrario se dará de baja a la O. social ya que no se puede contar con doble cobertura.

SOLO SE RECIBIRÁN TRAMITES CON LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA SEGÚN EL PRESENTE INSTRUCTIVO.

*Ante cualquier inquietud por favor comunicarse al tel: 011-4378-9424 o 4378-9400 int.424
de Lunes a jueves de 10 a 16 hs y viernes de 10 a 14 Hs.
Mail: discapacidad@obrasocialdelacarne.org.ar



**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS
RNOS: 1-2600-7**

DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL 2024

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo escaneada, por medios digital en formato FTP, por correo electrónico indicando DNI y nombre del beneficiario en el asunto al siguiente mail: discapacidad@obrasocialdelacarne.org.ar y/o de manera presencial a la delegación correspondiente o a casa central de la O. Social sito en: Hipólito Yrigoyen 746 CABA. (C.P 1086) en sobre documentación en original.

• **BENEFICIARIO:**

- CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE. LEGIBLE
- Constancia de alumno regular 2023 con CUE (código Único de Establecimiento) que consta de 9 dígitos. Deberá ser presentado dentro de los 30 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- El titular de la Obra Social tendrá que completar el anexo II detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su CONSENTIMIENTO/CONFORMIDAD.
- Completar planilla de datos particulares (Ver anexos)
- Planilla de firmas autorizadas.

• **MEDICO:**

- Resumen de historia clínica con diagnóstico, descripción del estado actual y evolución confeccionada por el médico tratante.
- Prescripción médica confeccionada por el médico tratante solicitando la prestación, indicando que la misma corresponde al año 2023. Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea individual o institucional, detallando cantidad de sesiones mensuales. En caso de tratamiento institucional, indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.)
- Las enmiendas, tachaduras o agregados deben estar salvadas con firma y sello del médico.
- Todas las indicaciones deben estar realizadas por el mismo médico tratante. (Médico responsable, de cabecera, de seguimiento) las prescripciones deberán tener firma, sello con tipo y número de matrícula.

• **PRESTADOR:**

- Plan de abordaje individual donde figure el período de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto (Deberá especificar días y horarios de atención) (Ver anexo III).
- Informe evolutivo cada tres meses

*En el caso que la prestación sea NUEVA se deberá presentar informe de Evaluación inicial donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

*En caso que la prestación sea CONTINUIDAD: se deberá presentar informe evolutivo del tratamiento brindado, donde conste el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

- Instituciones: Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta



correspondiente.

- Título habilitante para los profesionales registrados por la SSSalud que no cuenten con RNP.
- Constancia de CUIT.
- Profesionales siempre presentar RNP vigente.

3

DESCRIPCION DE DOCUMENTACION GENERAL RESPALDATORIA. 2024 **INFORMACION IMPORTANTE**

- Certificado de discapacidad vigente, legible.
- Resumen de historia clínica. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional. Descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe.
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para discapacidad, firmada por médico tratante. Con firma, sello con número de matrícula. La prescripción del tratamiento NO deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuaran las prestaciones. En caso de solicitar dependencia para prestaciones institucionales y/o transporte debiera constar en la prescripción médica.

Para cada prestación se debe indicar el período prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia.: (jornada simple-doble).

Informe de evaluación inicial. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Resultados alcanzados.

- Plan de abordaje o plan de tratamiento: período de abordaje, modalidad prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
- Informe semestral de la prestación brindada.

Para la prestación transporte, en la prescripción se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.

En caso de solicitar dependencia:

Se deberá incluir valoración de acuerdo al índice de independencia funcional (FIM)(ver anexo) confeccionada por Licenciada en Terapia Ocupacional. Para dependencia en transporte presentar planilla funcional (FIM), valorizada por el médico tratante y/o Terapeuta Ocupacional(únicamente).

DOCUMENTACION PARA LOS PRESTADORES DE PRESENTACION EXCLUSIVA EN LA FACTURACION

* informe semestral

* planilla de asistencia mensual.

EN CASO DE ESTIMULACION TEMPRANA: Podrán ser brindada solo por: Centro de Estimulacion Temprana específicamente categorizado para tal fin. Los profesionales que tengan RNP por Estimulación Temprana.

LOS PEDIDO DE REHABILITACION EN AGUA:

Se contemplarán exclusivamente en los siguientes casos:

Kinesiología en agua, si el profesional que brinda la prestación es Kinesiólogo con RNP



Psicomotricidad en agua, si el profesional tratante es Psicomotricista con RNP.
Rehabilitación o terapia en agua, si el tratamiento se lleva a cabo en instituciones categorizadas para dicho tratamiento o bajo la coordinación de un médico fisiatra. Los mismos deben ser solicitados por el médico tratante y los profesionales contar con RNP(registro nacional de Prestadores)

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO, PERSONAL O AUXILIAR PRIVADO NO DOCENTE, ASISTENTE EXTERNA:
SE DEBERÁ TRAMITAR POR VIA DE EXCEPCION. AD. REFERENDUM DE AUDITORIA MEDICA.

4

CAMBIOS DE PRESTADOR

En el caso que se realice un cambio de prestador de los tratamientos ya autorizados deberán presentar la siguiente documentación:

- El afiliado titular deberá completar **anexo IV** detallando los motivos de dicho cambio y los períodos trabajados por cada uno de las instituciones/profesionales, indicando nombre y apellido de los mismos. Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.
- Anexo II de conformidad del nuevo prestador firmado por el afiliado titular.
- Plan de abordaje individual del nuevo prestador donde figure el período de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención.
- Presupuesto del nuevo prestador (deberá especificar días y horarios de atención) Anexo III
- Instituciones/profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Si la prestación que se modifica corresponde a maestro de apoyo o apoyo a la integración escolar, también deberán presentar:

Acta acuerdo entre la nueva institución o maestra de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la obra social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la integración. Deberá ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

Módulo de apoyo a la integración: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.

Módulo de maestra/o de apoyo: Título habilitante y certificado analítico de materias.

***BAJA DE PRESTADOR:** SE TENDRÁ QUE COMPLETAR EL ANEXO 4 INFORMANDO LOS MOTIVOS DE LA BAJA E INICANDO DESDE CUANDO SE HACE EFECTIVA.

***ABANDONO DEL TRATAMIENTO:** NOTA DEL BENEFICIARIO TITULAR ESPECIFICANDO LA FECHA DE LA PRESTACIÓN RECIBIDA Y MOTIVOS POR LOS CUALES LA MISMA FUE INTERRUMPIDA.



APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR/MAESTRA DE APOYO 2024

- Copia CUD legible
- Prescripción médica (Ver descripción)
- Resumen de historia clínica.
- Informe inicial o evolutivo
- Constancia de alumno regular con nro. de CUE del establecimiento.
- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
- Plan de abordaje o tratamiento con detalles de adecuaciones curriculares en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.
- Anexo II conformidad. Completo
- Anexo III presupuesto prestacional en el cual consten los datos solicitados completos.
- Título oficial-aclaración. **Para maestro de apoyo** SOLO pueden brindar la prestación: psicopedagogos, , profesor en educación especial, Lic en ciencias de la educación. En el caso de corresponder deben enviar RNP del profesional o siendo maestro especial debe presentar título habilitante y certificado analítico de materias.

El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria. (Sin excepción).

- **Para Apoyo a la integración escolar:** la prestación la debe brindar instituciones categorizadas para la modalidad, por lo tanto deberá anexar la categorización y RNP-
- Form. AFIP-CBU

EL MAESTRO DE APOYO DEBE BRINDAR 8 HS/SEMANALES COMO MINIMO PARA PASAR EL VALOR MENSUAL DEL MÓDULO.

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA LOS AFILIADOS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES.



Transporte: 2024

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales, o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transporte público de acuerdo a lo previsto en la ley 24,314, art. 22 inc. a)

No se abonará el servicio de transporte especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario.

La cobertura se brindará hasta un total de 1500 Km mensuales, entre todos los destinos,

Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.

Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante, justificando la necesidad de concurrencia al establecimiento y/o prestador seleccionado y la frecuencia de asistencia que motive dicho requerimiento.

Resumen de historia clínica, firmada por el médico tratante.

Presupuesto de transporte en cual conste de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor. (VER ANEXOS)

Impresión de Google maps con recorrido a realizar.

Habilitación y/o póliza vigente donde conste que el vehículo está habilitado para el transporte de pasajeros (NO USO PARTICULAR), póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.

Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ, Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/tutor.

Form AFIP.

CBU copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el banco emisor.

En caso de solicitar DEPENDENCIA para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Licenciada en Terapia Ocupacional (VER ANEXOS). Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia, en los casos que se encuentre debidamente justificado, para las siguientes modalidades: CENTRO DE DIA, CET, HOGAR, HOGAR CON



CENTRO DE DIA, HOGAR CON CET Y TRANSPORTE ESPECIAL (UNICAMENTE A BENEFICIARIOS MAYORES A 6 AÑOS).

Los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social confeccione para la solicitud año 2024. En caso de considerarlo pertinente, se podrá solicitar documentación respaldatoria adicional. (Ver sección ANEXOS).

7

TERAPIAS AMBULATORIAS 2024

Prestacion de apoyo- (Modalidad sin dependencia).

Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal (se excluye los modulos de atencion ambulatoria, apoyo a la integraci3n escolar/maestra de apoyo y transporte).

El m3ximo de horas de prestaciones de apoyo ser3 de hasta 6 horas semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrar3 la atenci3n en alguna de las otras modalidades previstas. Carga horaria m3nima por sesi3n: **45 minutos.**

M3dulos de atenci3n Ambulatoria- (Modalidad sin dependencia).

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atenci3n por sesiones, se reconocer3 la modalidad como atencion ambulatoria:

TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO: Comprende la atenci3n de semana completa (5 d3as de lunes a viernes).

TRATAMIENTO INTEGRAL SIMPLE: cuando las sesiones se brindan con una periodicidad menor a 5 d3as semanales (lunes a viernes)

DOCUMENTACION PARA TERAPIAS AMBULATORIAS:

Prescripci3n m3dica de la prestaci3n firmada por el m3dico tratante- completa datos y diagnostico.

Resumen de historia cl3nica, firmada por medico tratante.

Conformidad por la prestaci3n firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor (Anexo II)

Informe de evaluaci3n inicial: se solicitar3 exclusivamente al comienzo de una nueva prestaci3n, en el cual consten los instrumentos de valoraci3n aplicados y resultados del proceso de evaluaci3n.

Informe evolutivo de la prestaci3n: deber3 detallar periodo de abordaje, modalidad de prestaci3n,



descripción de las intervenciones realizadas y sus resultados.

Presupuesto prestacional completo(anexo III).

Plan de abordaje/ o tratamiento individual: deberá detallar período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención.

RNP(Registro Nacional de Prestador).

Título habilitante.

Prestación brindada por instituciones: constancia de inscripción en el registro Nacional de Prestadores dependiente d la SSSalud (RNP), Categorización.

Prestación brindada por profesionales: título habilitante. Los kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, musicoterapeutas y terapeutas ocupacionales, así como los psicopedagogos y psicomotricistas egresdos de una universidad, deberán además remitir la constancia d Inscripción en el registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP).

OTRAS PRESTACIONES. 2024

Hospital de Día: (Modalidad sin dependencia)

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación.

No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos.

Estimulación Temprana: (modalidad sin dependencia)

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a beneficiarios de 1 a 4 años de edad cronológica y eventualmente hasta los 6 años.

Carga horaria mínima por sesión: 45 minutos.

Educación inicial/Escolaridad Pre-Primaria. (modalidad sin dependencia).

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

Educación General Básica/Escolaridad Primaria. (modalidad sin dependencia).

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 años y 14 años d edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Formación Laboral- (modalidad sin dependencia)



Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático, deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

Centro Educativo Terapéutico-(modalidad sujeta a adicional por dependencia)

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Esta dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Centro de Día-(Modalidad sujeta a adicional por discapacidad)

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico- asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalomiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

Hogar, hogar con centro de Día, Hogar con CET, Pequeño hogar, permanente o de lunes a viernes. -(Modalidad sujeta a adicional por dependencia)

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (Vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Está dirigido a las personas cuya discapacidad y nivel de auto-valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

9

Se requiere:

Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante y adecuadamente fundamentada: el médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilita su cuidado en su ambiente familiar. Asimismo, en caso que el beneficiario tenga falmiliares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.

Informe Socio-ambiental: que avale la necesidad del módulo Hogar, confeccionado por trabajador social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

Internación en Rehabilitación- (Modalidad sin dependencia)

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de **un proceso de duración limitada y con objetivos definidos**, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario.

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.



DOCUMENTACIÓN PARA OTRAS PRESTACIONES.

Resumen de Historia clínica, firmado por el médico tratante.

Prescripción médica de la prestación, firmada por el medico tratante y adecuadamente fundamentada.

Conformidad por la prestación firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable /tutor (anexo II)

Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Informe evolutivo de la prestación: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención.

Presupuesto prestacional. Anexo III.

Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la razón social CUIT de la facturación presentada. Los prestadores deberán cumplimentar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a: tesoreria@obrasocialdelacarne.org.ar o mmonteferrante@obrasocialdelacarne.org.ar

Informe confeccionado por trabajador social- Hogares.

Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente d la Ssalud (RNP).

Dependencia : se deberá presentar el informe cualitativo- cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) , confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional (Ver anexos) y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

10

Facturación: 2024

- La facturación debe ser siempre a mes vencido.
- Se debe adjuntar planilla de asistencia mensual firmada por el profesional y el tutor del beneficiario.
- También se debe anexar copia de la autorización. Para la primer factura que se envía, se debe adjuntar, por única vez, certificado de AFIP y copia del CBU (Ver anexo).
- Cada factura se debe enviar del 1 al 10 de cada mes.
- La facturación debe enviarse en formato original para ser recibido por mesa de entrada o por correo fisico a: Hipólito Yrigoyen 746 CABA- C.P.1086 o mail: mesadeentrada@obrasocialdelacarne.org.ar.
- La factura debe contar con los siguientes datos:
SIEMPRE DEBE VENIR A NOMBRE DE ESTA O. SOCIAL POR FAVOR: CUIT: 30-51948791-4
 - Información del beneficiario: dni y nro de afiliado (apellido y nombre)
 - Tipo de prestación- modalidad.



- Cantidad de sesiones brindadas y/o prestación brindada.
- Mes de atención.
- Jornada (simple o doble)
- Dependencia (en caso de que la haya)

- En el caso de los transportes, se debe discriminar dirección de partida y destino, y para que prestación asiste, cantidad de viajes por día y mensual, KM diarios y mensuales, Valor del km. Todo debe estar firmado y sellado por el prestador.

informe semestral para prestaciones

planilla de asistencia mensual para prestaciones y transporte sin excepción.

En el caso de transporte si asiste a escuela comun, centros de rehabilitación, centros de día públicos, deberá adjuntar constancia de asistencia a dicha institución para acreditar la concurrencia.



ANEXOS

12

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS
RNOS: 1-2600-7**

PRESUPUESTO TRANSPORTE 2024

Fecha de Emisión: ____ / ____ / 2024

Razón social del prestador: _____



CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde:-----2024 hasta: _____ 2024

Prestación a brindar transporte para asistir a: _____

Diagrama y cronograma de traslado:

IDA: Desde:..... Hasta:.....						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
KM IDA						
VUELTA: Desde:..... Hasta:.....						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
KM VUELTA						
<u>TOTALES KM DIARIOS</u>						
DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
KM IDA + KM VUELTA						
TOTAL KM. MENSUALES:.....						

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta)..... Monto por Km:.....

Adicional dependencia 35%(sujeto a evaluación): SI ____ - NO ____ Monto mensual:.....

13

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRANSPORTISTA

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS
RNOS: 1-2600-7**

CONFORMIDAD DE TRANSPORTE: 2024



FECHA:/...../2024

Apellido y Nombre del beneficiario:.....

Número de afiliado/DNI:.....

Yo:.....con documento tipo (.....)

Nº:....., doy conformidad al diagrama de traslados por el período desde:....

.....hasta:.....

Firma:.....

Aclaración:.....

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

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de:....., Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....



A N E X O II – CONFORMIDAD PRESTACION AÑO 2024

Fecha:...../...../2024

Apellido y nombre del beneficiario:.....

Número de Afiliado:.....

Yo.....con Documento tipo.....
.....N°..... doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____
Prestador: _____
Período de prestación: desde _____ hasta: _____

1. Prestación: _____
Prestador: _____
Período de prestación: desde _____ hasta: _____

1. Prestación: _____
Prestador: _____
Período de prestación: desde _____ hasta: _____

1. Prestación: _____
Prestador: _____
Período de prestación: desde _____ hasta: _____

1. Prestación: _____
Prestador: _____
Período de prestación: desde _____ hasta: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:.....Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor/ y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentes.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....



**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

Datos a completar del paciente

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	
NRO. CUIL	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL	
DOMICILIO ACTUAL	
CP- LOCALIDAD	
PROVINCIA	
APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE	
TELEFONO DE CONTACTO DEL PADRE	
APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE	
TELEFONO DE CONTACTO DE LA MADRE	
CORREO ELECTRÓNICO	



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL.

* ES OBLIGATORIO COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS. DEBERÁ SER COMPLETO POR UNA LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL y/o MEDICO TRATANTE.

FECHA:...../...../2024

18

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

Nota de solicitud de BAJA/CAMBIO de prestador (ANEXO IV)

.....,de.....de2024

Beneficiario causante:.....
DNI/LC/LE:.....

Por medio de la presente, deajo constancia del requerimiento de la BAJA de la prestación de

.....a cargo de:.....

.....a partir del día:/...../.....

Solicito nueva alta para la prestación de:.....

a cargo de:..... a partir del día...../...../2024 y por el

período:.....año 2024.

PACIENTE O RESPONSABLE
FIRMA



ACLARACIÓN
DNI
VINCULO/PARENTESCO

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**

RNOS: 1-2600-7

Anexo III

Planilla presupuesto prestacional.

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón Social del Prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo Electrónico de contacto: _____

Teléfono: _____

Beneficiario: _____

DNI: _____

Modalidad de prestación a brindar: _____

Tipo de jornada: _____

Categoría: _____

Período: desde: _____ Hasta: _____

Almuerzo: SI – NO

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder dependencia: SI ----NO

En caso de corresponder Zona desfavorable: SI----- NO



Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____

Monto por sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horarios: De: A:							

Firma y Aclaración del Prestador:

20

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS
RNOS: 1-2600-7**

PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE CONSTANCIAS DE ASISTENCIA:

Vínculo	Nombre y Apellido	DNI	FIRMA
Madre			
Padre			



--	--	--	--

Completar por titular padre, madre y/o tutor con las firmas que designen autorizadas para firmar las planillas de asistencia. En las prestaciones que correspondiera. Dicha firma deberá coincidir con las que envía el prestador cuando factura y anexa la planilla de asistencia.

Gracias

Fecha:...../...../2024