

CARTILLA DISCAPACIDAD

PROCEDIMIENTOS

Instructivo del procedimiento de acceso a los servicios de prestaciones básicas de atención integral para personas con discapacidad conforme a la Resolución N° 428/1999-MSyAS, con la totalidad de las prestaciones y sus formularios correspondientes.

<https://grupogea.com.ar/geamovil-discapacidad/>

Centro de Orientación y/o Coordinación de Servicios por jurisdicción y por zona, con indicación de domicilio, teléfono y correo electrónico. Cuando el centro sea el mismo para todos los afiliados de la entidad, se agregarán los datos de la/s persona/s de contacto para discapacidad

GEA - Hipolito Yrigoyen 433 - Córdoba - Julieta Von Eberan/ Liliana Olguin / Erika Reinoso : discapacidad@geanet.com.ar

Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario: Vías de comunicación online, telefónica, vía plataformas digitales, etc

Mail de contacto: discapacidad@geanet.com.ar

Telefonos de contacto: 351414 300

Procedimiento de autorizaciones y centros habilitados

AUTORIZACIONES: gestionar el envío de la documentación a través del formulario dispuesto en la Web - Mail: discapacidad@geanet.com.ar Telefonos de contacto: 351414 300

CENTROS HABILITADOS: Centro de Neurorehabilitación Neuros - Av Colón 4405 - Córdoba - Teléfono : 0351 5988316/15 - Paola Delera (Administración) administracion@centroneuros.com.ar Karina Stetler (coordinación) administracion@centroneuros.com.ar

Descripción del modo y periodicidad de la comunicación de toda modificación que signifique un cambio en la cartilla, ya sea en cuanto a su contenido u operatividad

Disponible en <https://geamovil.com/>

LISTADO DE PRESTADORES

1.- Rehabilitación:

1.1 Ambulatoria.

PRESTADOR	DOMICILIO	TELEFONO	CORREO	DIAS Y HORARIOS DE ATENCION
ALTA GRACIA				
Blanco Raquel	Lepri 464 - Alta Gracia	(03547) 15577546	raque_blanco@yahoo.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Cardenas Laura	Lepri 464 - Alta Gracia	(0351) 156415727	noecardenas86@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Gomez Daniela	Agustin Aguirre 385 - Alta Gracia	(03547) 15455493	danielagomez73@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Dílcia Rosa Gorge	Agustin Aguirre 385 - Alta Gracia	(03547) 15638118	dilciagorge@hotmail.com	Lunes y miercoles 9 A 12 / 15 A 18 Martes de 15 A 19 HS
Fundacion Kamay	San Martín 67 - Alta Gracia	(03547)423826	facturacion@fundacionkamay.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Juarez Ana	Las Rosas 970 - Alta Gracia	(03547) 15506815	anacielojuarez@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Gonzalez Luciana	C. Alonso 120 - Alta Gracia	(03547) 15574268	lucianacelestegonzalez@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
COLONIA CAROYA				
Armando Romina			rominaarmandol@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Caputo Daniela	Maestra Rossi 286 - C. Caroya	(0351) 156899730	danielacaputo@yahoo.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Cargnelutti Silvia	Julio A. Rocca 448 - C. Caroya	(03525)15606399	scargnelutti@yahoo.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Demichelis Patricia		(0351) 155320280	patodemi@live.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Drago Gilda	Maestra Rossi 286 - C. Caroya	(03525) 15614448	jaquelinadrago@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Espindola Jessica		(03525) 15518715	jesiespindola@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Inga Sofia	BV.AGUERO 469	(3525)485405	sofiainga_987@hotmail.com	Lunes a viernes 8 a 17 hs
COLONIA TIROLESA				
Abella M.Belen			abella.mbelen@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Fredi Macarena		(351) 153879798	makaafredi97@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Koos Karlen Soledad		(351)152745793	msolekk@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Mago Daiana		(351) 157020885	licdaianamago@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
CÓRDOBA				
Cical S.R.L	Mariano Fragueiro 125 - Córdoba	(0351) 4222710	centrocical.facturacion@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs

Neuros	Av. Colòn 4405 - Còrdoba	(0351) 5988316/15	administracion@centroneuros.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
1.2 Hospital de día.				
A demanda				
1.3 Internación.				
CÒRDOBA				
Vida Plena	Raymond Poincare 7175 - Còrdoba	(03543) 446915/446431	facturacion@institutovidaplena.com.ar	Lunes a viernes 9 a 17 hs
2.- Estimulación temprana.				
CÒRDOBA				
Neuros	Av. Colòn 4405 - Còrdoba	(0351) 5988316/15	administracion@centroneuros.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Apadim	Av. Velez Sarsfield 5000 - Còrdoba	(0351) 4942220	administracion@apadim.org.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
3.- Centro de día.				
CÒRDOBA				
Fundación Descubrir	Rotary Internacional 2685 - Còrdoba	(0351) 153862729	info@descubrir.org.ar	Lunes a viernes 9 a 17 hs
4.- Centro educativo terapéutico.				
CÒRDOBA				
Talita Kum	Bialet Masse 1735 - Còrdoba	(0351) 4726849	asociaciontalitakum@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 17 hs
Mi Lugar	La Ramada 2944 - Còrdoba	(0351) 5684908	facturacion@centromilugar.com.ar	Lunes a viernes 9 a 17 hs
Cumelcan	Mogrovejo, Pje. 9 de Julio 7760 - Còrdoba	(03543) 441315	cumelcan06@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 17 hs
Fundación Avenir	Río Negro 372 - Còrdoba	(0351) 4876176	fundacionavenir@gmail.com	Lunes a viernes 8 a 16 hs
5.- Prestaciones educativas.				
CÒRDOBA				
Apadim	Av. Velez Sarsfield 5000 - Còrdoba	(0351) 4942220	administracion@apadim.org.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
6.- Servicio de apoyo a la integración escolar.				
CÒRDOBA				
Neuros	Av Colon 4405 - Còrdoba	(0351) 5988316/15	administracion@centroneuros.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Cumelcan	Mogrovejo, Pje. 9 de Julio 7760 - Còrdoba	(03543) 441315	cumelcan06@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 17 hs
Centro de Integraciones Educativas Privado - CIEP	25 de mayo 0376 - Còrdoba	(0351) 4215313	centrociep@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 17 hs
ALTA GRACIA				
Fundacion Kamay	San Martín 67 - Alta Gracia	(03547)423826	facturacion@fundacionkamay.com.ar	Lunes a viernes 9 a 18 hs
CÓRDOBA				
7.- Maestra de Apoyo.				
Nievas Yanina	Ciudad del Estero 3289- Còrdoba	(0351) 2484607	nievas.yaninaalejandra@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
COLONIA CAROYA				
Flores Silva Yamila	Domingo Fachin 196 - C. Caroya	(0351) 156814233	yamilaflores84@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
Ludueña di Nanno Cynthia Mariel	Perez Dedenis 2440 - C. Caroya	(0351) 157069805	cynthialuduenia@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs
8.- Formación laboral.				
A demanda				
9.- Prestaciones de apoyo.				
A demanda				
10.- Hogar, residencia.				

A demanda					
11.-Transporte					
CÒRDOBA					
Alderete Erika	NO APLICA	(0351) 153500437	erivanealderete32@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Businello Renato	NO APLICA	(0351) 155921171	renatobusinello@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Cañete Gabriela	NO APLICA	(0351) 152394297	gabi_2512@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Cerda Liliana	NO APLICA	(0351) 152451603	cerpertraslados@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Contrera Alejandra	NO APLICA	(351) 157011428	contreraalejandra631@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Cuello Gabriel	NO APLICA	(0351) 1555051927	gabrielcuello23@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Erika Martinez	NO APLICA	(0351)155944613	erimartinez00@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Lamadrid Andres	NO APLICA	(0351) 156821075	bidelamal31477@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Loayza Marleni	NO APLICA	(0351) 156349491	marleniloayza@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Loss Alexandra	NO APLICA	(0351) 156505397	abilu.loss@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Martinez Erika	NO APLICA	(0351) 155944613	erimartinez00@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Rizzi Pedro Tomas	NO APLICA	(0351) 155219248	econorizzi@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Ruiz Ramon Alberto	NO APLICA	(0351) 153938319	alberto.ruizcba@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Santillan Jose Luis	NO APLICA	(0351) 154087252	trasladosjls@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Vega Mara	NO APLICA	(0351) 152597227	maravega70@gmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	
Vega Romina	NO APLICA	(0351) 152397728	rominavega800@hotmail.com	Lunes a viernes 9 a 18 hs	

CARTILLA DISCAPACIDAD

PROCEDIMIENTOS

Primer contacto con el paciente a través boca de expendio (presencial), correo electrónico, teléfono o whatsapp.

Correo electrónico: integracion.citysalud@gmail.com Teléfono: 0800-345-1575 / 03755-400-902 / 03755-405-250 (interno 505) Whatsapp: +54-9-3755-49-2586

Dependiendo del tipo de prestación que necesita se le entrega un instructivo adecuado a la resolución vigente para el armado del expediente.

Se notifica la autorización de las prestaciones tanto a la familia del paciente como a sus prestadores a través de correo electrónico.

LISTADO DE PRESTADORES

1.- Rehabilitación:

1.1 Ambulatoria.

PRESTADOR	DOMICILIO	TELEFONO	CORREO
OBERÁ			
Andersson Carol Iris	Larrea 590 - Oberá	3755-422930	giatobera@gmail.com
Villalon Paloma	Larrea 590 - Oberá	3755-422930	giatobera@gmail.com
Hening Vanina	Larrea 590 - Oberá	3755-422930	giatobera@gmail.com
Sinsolo Mariana	Mendoza 951	3755-548529	dilciagorge@hotmail.com
Varela Marcos Ismael	Mendoza 951	3755-403636	pacuw86@hotmail.com

LEANDO N. ALEM

Haase Elva		3754-44886	elvahaase@hotmail.com
Moreira Gal Lucila		11-6253-6330	lucilagalm@gmail.com
Castillo Eliana Paola		3754-533253	elianapaola.cast@gmail.com
Fontana Andrea Celia		3754-441594	andreafontana74@hotmail.com

ELDORADO

Acuña Marta Graciela		3751-574587	acumarta@yahoo.com.ar
----------------------	--	-------------	-----------------------

POSADAS

Tiozzo Maarcela		3764-232920	marcetiozzo@hotmail.com
Rattaro Lucia		3764-814909	logros.posadas@gmail.com
Alegre Florencia		3764-882738	fllorenciaalegree@gmail.com
Fundación Nona Morocho		3764-640509	imerehabilitacion@gmail.com

1.2 Hospital de día.

A demanda			
-----------	--	--	--

1.3 Internación.

MISIONES

A demanda			
-----------	--	--	--

2.- Estimulación temprana.

POSADAS

Fundación Nona Morocha		3764-640509	imerehabilitacion@gmail.com
3.- Centro de día.			
MISIONES			
A demanda			
4.- Centro educativo terapéutico.			
MISIONES			
A demanda			
5.- Prestaciones educativas.			
MISIONES			
A demanda			
6.- Servicio de apoyo a la integración escolar.			
MISIONES			
A demanda			
MISIONES			
7.- Maestra de Apoyo.			
Salmon Brenda	ALEM	3754-578381	brendasalmon96@gmail.com
Lemes Alejandra Fabiana	OBERA	3755-404795	alelemes2008@hotmail.com
Weiss Andre Paola	POSADAS	3764-112963	casmiael@hotmail.com
Bannan Norma Graciela	SAN VICENTE	3755-588175	pspbraunstein@gmail.com
Sorokyn Estela Mary	OBERA	3755-608201	estrellatricolor@yahoo.com.ar
8.- Formación laboral.			
A demanda			
9.- Prestaciones de apoyo.			
A demanda			
10.- Hogar, residencia.			
A demanda			
11.- Transporte			
Silvero Roberto	Posadas	3764-312480	sileroroberto@hotmail.com
Express SRL	Obera	3755-599223	eduardomax883@gmail.com

**INSTRUCTIVO
DISCAPACIDAD
MENDOZA**

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- Afiliados -

Recomendaciones generales

IMPORTANTE

- ∴ Para solicitar cobertura por la Obra Social se deberá presentar toda la documentación de la prestación solicitada **EN FORMA CONJUNTA**.
- ∴ NO se recibirán entregas parciales o que no cumplan con los requisitos solicitados.
- ∴ Toda planilla a completar por el médico tratante, padre y/o tutor, debe confeccionarse con **misma letra y tinta negra**, sin enmiendas ni tachaduras (de no ser así será motivo de rechazo). Por otro lado, sólo un médico deberá confeccionar todas las planillas que le correspondan.
- ∴ En ningún caso LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SIGNIFICARÁ AUTORIZACIÓN DE LA COBERTURA SOLICITADA.
- ∴ Las prestaciones serán reconocidas en forma retroactiva hasta 1 (un) mes previo (dentro del año calendario) a la presentación del expediente completo, en condiciones de ser aprobado en la Obra Social.

Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura con el profesional o la institución que no se encuentre inscrita en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).



Documentación

ACLARACIONES PRELIMINARES:

Las planillas adjuntas son de presentación obligatoria *SIN EXCEPCIÓN*.

El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta neta responsabilidad del prestador y NO OBLIGA a la OS a cubrir las prestaciones.

Todos los formularios que se presenten deberán poseer FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

Debe existir total coincidencia entre prestaciones (incluida cantidad de sesiones) presupuestadas y las indicadas por el médico tratante.

La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado NO DA DERECHO AL PROFESIONAL INTERVINIENTE (PARTICULAR O INSTITUCIÓN) A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD NI OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR DICHAS PRESTACIONES SIN EL PREVIO ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA.

Se considera que cada sesión tiene una duración mínima de 45 minutos.

No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.

Para los casos en que se indique más de una terapia individual por semana, el tratamiento deberá estar orientado a realizarse dentro de una institución (clínica/sanatorio/centro de rehabilitación).

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

En los casos en los que se produzca (por diferentes circunstancias) un cambio de profesional actuante, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, nota formal explicando los motivos del cambio.

Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario podrá realizar seguimiento de la misma mediante visitas, llamados o solicitud de entrevistas con padres y/o profesionales en la sede de la Obra Social.

DOCUMENTACIÓN. CONSIDERACIONES GENERALES.

- Adjuntar copia de Certificado de discapacidad VIGENTE.
- Adjuntar CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR detallando el CUE (Código Único Establecimiento) que debe solicitarse a la institución, escuela común, escuela especial, CET o CD (Centro de Día).
- Adjuntar recibo de haberes o 6 (seis) últimos pagos de monotributo.
- Utilizar check-list para controlar que la documentación esté completa y en condiciones de ser presentada.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- Afiliados -

HOJA DE VERIFICACIÓN
Tildar documentación presentada

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para la autorización de prestaciones

NOMBRE Y APELLIDO ----- **DNI** -----

<p>DOCUMENTACIÓN PERSONAL</p> <p>(para todos los casos)</p> <p>Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia certificado de discapacidad vigente. <input type="checkbox"/> En caso de ser monotributista, fotocopia de los últimos 6 pagos. <input type="checkbox"/> Certificado de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el médico tratante en caso de no estar escolarizado. <input type="checkbox"/> Cronograma indicando la distribución de todas las actividades pautadas que realiza el beneficiario (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Conformidad de prestación 2023 (según modelo adjunto)
<p>DEL MÉDICO</p> <p>Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prescripción médica (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Solicitud de transporte (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Informe médico (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Valoración por escala FIM (ver modelo adjunto) e informe cualitativo (en el caso de solicitar dependencia) confeccionado por Lic. en Terapia Ocupacional
<p>DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL</p> <p>Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informe final año anterior <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento original firmado indicando período de la presentación <input type="checkbox"/> Presupuesto original firmado (ver modelo adjunto) <input type="checkbox"/> Registro Nacional del Prestador (RNP) vigente para la prestación solicitada. Excluyente <input type="checkbox"/> Constancia de inscripción en AFIP y CBU <input type="checkbox"/> En caso de institución: copia de la categorización vigente. Excluyente <input type="checkbox"/> Título habilitante (en caso de ser profesionales y no una institución) <li style="padding-left: 20px;">- En caso de solicitar Apoyo a la Integración Escolar, adjuntar: <input type="checkbox"/> Acta acuerdo <input type="checkbox"/> Proyecto de Integración - Adaptación curricular.
<p>TRANSPORTISTA</p> <p>Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Constancia de inscripción de AFIP y CBU <input type="checkbox"/> Habilitación actualizada de la empresa que factura y el vehículo que realiza el trabajo <input type="checkbox"/> Presupuesto original (ver modelo adjunto) <input type="checkbox"/> Mapa de menor recorrido de transporte. INDISPENSABLE

FIRMA Y ACLARACIÓN
(madre / padre / tutor)

**Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad**

Fecha

Nombre y Apellido

DNI N°

DIAGNÓSTICO

PRESTACIÓN

Aclarar tipo de terapias, cantidad y frecuencia semanal de las mismas o modalidad de concurrencia.

En caso de colegio especial aclarar tipo de jornada.

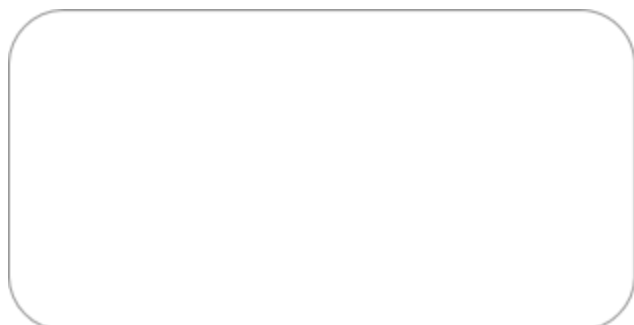
En caso de integración aclarar si es EQUIPO o MAESTRA/O DE APOYO.

PERÍODO

DESDE MES:..... AÑO:.....

HASTA MES:..... AÑO:.....

Firma y sello del Médico Tratante



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- Afiliados -

Valoración por Escala FIM

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

DNI:

Nº BENEFICIARIO:

INSTITUCIÓN:

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)		
ACTIVIDAD		Ptje.
AUTO CUIDADO		
1	Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas etc.)	
MOVILIDAD TRANSFERENCIA		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama, y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha / silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
COMUNICACIÓN		
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 o no verbal)	

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- Afiliados -

CONEXIÓN

16	Interacción Social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de Problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
		PUNTAJE FIM TOTAL

Puntaje

Todos los ítems se deben calificar. Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita dos ayudantes se califica con un 1.

Independiente

- 7 independiente total
- 6 independiente con adaptaciones

Dependiente

- 5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)
- 4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)
- 3 Requiere asistencia moderada(sujeto aporta 50% o más)
- 2 Requiere asistencia máxima(sujeto aporta 25% o más)
- 1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Equipo Evaluador y/o Profesional:

.....

Sello:

.....

Términos y/o condiciones para la provisión de insumos y ayudas técnicas

La Obra Social a través de su respectiva área de Discapacidad proveerá, previo análisis de la condición de salud de cada afiliado (acreditada mediante Certificado Único de Discapacidad y Resumen de Historia Clínica Actualizado), de los elementos ortopédicos que fuesen requeridos por los profesionales tratantes. Por lo cual, tanto los afiliados como sus familiares a cargo deberán previamente aceptar los puntos a continuación señalados:

1_ todo elemento, insumo y/o ayuda técnica autorizados al afiliado son propiedad de la Obra Social, y por lo tanto se entregan en carácter de COMODATO, y por el plazo en que la condición de salud del afiliado amerite el uso de los mismos.

2_ El afiliado y/o familiar a cargo del mismo deberá realizar un uso correcto del elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado, preservándolo de roturas o daños de todo tipo, excepto por el desgaste propio que estos y/o que sus componentes presenten normalmente.

3_ se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, todo daño sobre el material entregado que NO ocurra en un tiempo esperado de uso, deberá ser reparado pudiendo hacer uso de la garantía que el mismo presenta, quedando exenta la Obra Social de cubrir la reparación del mismo.

4_ Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, tanto la pérdida y/o sustracción del material entregado, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.

5_ Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica que por diversas circunstancias no sea utilizado por el afiliado, deberá ser devuelto a la Obra Social de acuerdo a lo observado en el punto 1.

6_ La Obra Social se obliga a entregar los elementos autorizados, ya sea en su sede y/o en una ortopedia, y/o donde lo indique. La totalidad de los gastos y cualquier responsabilidad que eventualmente genere tanto el retiro de los mismos, como su devolución, son por cuenta exclusiva y total del afiliado y/o familiar a cargo.

7_ Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado por la Obra Social, cumpliendo las especificaciones del pedido conforme a la documentación recibida en la Obra Social, y que por responsabilidad del afiliado (y/o familiar a cargo) o médico prescriptor del mismo no cumpla con las características acorde para su uso, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.

Quien suscribe,, con DNI y en carácter de, presto conformidad con los puntos enunciados, a los días del mes de..... de 20.....

Firma y aclaración:.....

Insumo entregado:.....

Afiliado a quien representa (en caso de ser familiar a cargo):

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- Afiliados -

CRONOGRAMA DE PRESTACIONES

(Entrega obligatoria al momento de presentar la documentación)

AFILIADO:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

DIAGNÓSTICO

DOMICILIO:

TELÉFONO:

PRESTACIONES RECIBIDAS

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					

FIRMA Y ACLARACIÓN
DEL TITULAR DE LA
OBRA SOCIAL

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- Afiliados -

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yocon Documento Tipo (.....)

Nº, 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 la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

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 precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

PRESTADOR	CUIT	DESAGREGACION	ESPECIALIDAD	MAIL
APANDO	30-64969031-2	PRESTACION EDUCATIVA	ESCOLARIDAD PRIMARIA	apandomendoza@yahoo.com.ar
CABEZAS MARIA LAURA	27-20897231-1	REHABILITACION AMBULATORIA	PSICOPEDAGOGIA	lauracabezas00@hotmail.com
COSTA MARIA CELIA	27-23849419-8	REHABILITACION AMBULATORIA	FONOAUDIOLOGIA	chelitacosta@hotmail.com
CPEI	27-14149365-0	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	cpeimza@yahoo.com.ar
DI MARCO	27-33704868-5	TRANSPORTE	TRANSPORTE	celestemoreno93@gmail.com
ESQUIVEL PAULA	27-35879784-4	REHABILITACION AMBULATORIA	KINESIOLOGIA	pauli_1823@hotmail.com
ESTRADA PAULA ANTONELLA	27-33583166-2	MAESTRA DE APOYO	MAESTRA DE APOYO	psicopaulagogia@hotmail.com
FERREYRA SANDRA	20-24757624-0	TRANSPORTE	TRANSPORTE	allendesnelsonrad@hotmail.com
GALVAN ROMINA	27-33890028-2	MAESTRA DE APOYO	MAESTRA DE APOYO	rominigalvan@gmail.com
GOMEZ ADRIAN	23-35936307-9	TRANSPORTE	TRANSPORTE	transportevalentino2020@gmail.com
GONZALEZ LINARES VIRGINIA	23-38210017-4	REHABILITACION AMBULATORIA	PSICOPEDAGOGIA	virgigonzalez1994@gmail.com
GONZALEZ MACARENA	27-37518049-4	REHABILITACION AMBULATORIA	PSICOPEDAGOGIA	administracion@amybios.com
GUTIERREZ SARA GABRIELA	27-27411290-0	MAESTRA DE APOYO	MAESTRA DE APOYO	pcd.institutoeducativointegral@gmail.com
IRID	30-65884542-6	REHABILITACION AMBULATORIA	REHABILITACION AMBULATORIA	irid_rivadavia@hotmail.com
JANET MARTINEZ	27-35876629-9	REHABILITACION AMBULATORIA	PSICOLOGIA	apandomendoza@yahoo.com.ar
LOPEZ MARTINA	27-39531188-9	MAESTRA DE APOYO	MAESTRA DE APOYO	martinabelen96@gmail.com
ONIDUKA CINTHIA	27-33761428-6	REHABILITACION AMBULATORIA	FONOAUDIOLOGIA	laoni33@hotmail.com
ORELOGIO DARDO	20-30343482-9	TRANSPORTE	TRANSPORTE	ivanorelogio@gmail.com
PEREYRA DANIELA SOLEDAD	27-35877503-4	MAESTRA DE APOYO	MAESTRA DE APOYO	pereyradani2906@gmail.com
PICCIONI ROMINA FERNANDA	27-31587997-9	MAESTRA DE APOYO	MAESTRA DE APOYO	rofepimza@gmail.com
ROUSELLE MARIA FERNANDA	23-23942696-4	REHABILITACION AMBULATORIA	FONOAUDIOLOGIA	mariafernandarousselle@yahoo.com.ar
SALAZAR OCAÑA NATALIA	27-33417446-3	REHABILITACION AMBULATORIA	FONOAUDIOLOGIA	administracion@amybios.com
VISICONTI MARIA	27-35715133-9	REHABILITACION AMBULATORIA	TERAPIA OCUPACIONAL	administracion@amybios.com