

INSTRUCTIVO 2023

Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones.

La documentación debe ser enviada en formato digital (JPG y/o PDF), firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y enviada a los mails institucionales: mpontoriero@aeronavegantes.com y/o areamedica@aeronavegantes.com.

El archivo deberá nombrarse de la siguiente manera: Apellido y Nombre del afiliado.

Se detalla la documentación del archivo:

- Certificado de Discapacidad legible y vigente.
- Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante, con fecha anterior al comienzo de la prestación; donde conste nombre, apellido y DNI del paciente y diagnóstico.
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante. con fecha anterior al comienzo de la prestación; donde conste nombre, apellido y DNI del paciente, modalidad de prestación (cantidad de sesiones semanales) y periodo de cobertura (desde-hasta), diagnóstico.
- Consentimiento del tratamiento indicado según corresponda:
 - Formulario Discapacidad Instituciones.
 - Formulario Discapacidad Transporte
 - Formulario Discapacidad Especialidades.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Establecido por la SSSalud).
- 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, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional con datos completos del prestador, teléfono de contacto y correo electrónico.
- Constancia de CBU.
- Constancia de inscripción en AFIP.

En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

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 Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Constancia de CUIT.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica por prestación:

- **Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:**
 - Constancia de alumno regular.
 - Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
 - Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
 - Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.
- **Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar:**
 - Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.
- **Transporte:**
 - Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
 - Presupuesto de transporte en cual conste diagrama 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.
 - Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir vigente.

Normas de facturación (Nota de Prestadores).

Prestadores de Discapacidad

Mediante la presente les informamos que los valores de las prestaciones medico asistenciales fijados deberán ajustarse a los aranceles vigentes del sistema de prestación de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Res. conjunta 12/21 y sus posteriores modificaciones (MS. ANDIS)

Requisitos de la Factura o Recibo.

La facturación debe ser enviada en formato electrónica digital (formato PDF: original, duplicado y triplicado) a las siguientes casillas: mpontoriero@aeronavegantes.com y/o areamedica@aeronavegantes.com del 01 al 10 del mes siguiente a la prestación brindada. El archivo deberá nombrarse de la siguiente manera: Apellido del afiliado_Apellido del prestador_mes año. Ejemplo: Garcia_Perez_012023.

Se detalla la documentación del archivo:

- La factura debe ser única por cada prestador y beneficiario.
- Fecha de Emisión: Posterior al mes de prestación.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de declaración jurada firmada por el prestador, persona con discapacidad o familiar responsable o tutor.
- Validación de Código de Autorización Electrónico (C.A.E): Se deberá adjuntar a cada factura la Constancia del CAE para lo cual deberá ingresar los datos de la misma en el siguiente link: <https://serviciosweb.afip.gob.ar/genericos/comprobantes/Default.aspx>
- Contenido de la factura:
 - Nombre del beneficiario. No debe incluir más de un beneficiario ni prestación.
 - DNI del beneficiario.
 - Periodo facturado (Mes y Año).
 - Prestación brindada con detalle (debe coincidir con la autorización del médico auditor).
 - Identificar según corresponda: tipo de jornada (simple/doble), especialidad. Cantidad de sesiones por mes, horas. Por ejemplo:
 - En caso de transporte, por cada recorrido especificar km diarios y mensuales, cantidad de viajes, origen y destino.
 - En caso de prestaciones de apoyo especificar la especialidad y cantidad de sesiones u horas mensuales.

- Indicar el importe unitario y total (no debe exceder el valor autorizado ni debe redondearse).
- Se deberá consignar con dependencia, cuando el beneficiario revista tal condición.
- No debe discriminarse el I.V.A. ya que las prestaciones están exentas.

Modalidad de pago de las facturas presentadas.

Cada vez que la Obra Social realice un pago, se enviará el comprobante de transferencia al correo electrónico declarado por el prestador.

Las facturas y recibos deben cumplir con los requisitos detallados en la presente nota.

Una vez recibido el pago, el prestador deberá confeccionar un recibo oficial donde conste la siguiente información:

- **Contenido de recibo de cancelación:**
 - Numero completo de factura cancelada (Punto de Venta-Numero de factura).
 - Importe
 - Fecha de transferencia.
 - Apellido y Nombre del afiliado.
 - **IMPORTANTE I:** Aquellos recibos que sean confeccionados en un talonario impreso, o sea no digital, deben ser enviados por correo a Bartolomé Mitre 1902, CABA (Res. 360/2022).
 - **IMPORTANTE II:** Aquellos recibos que sean confeccionados en formato digital, o sea no impresos, deben ser enviados a las siguientes casillas: mpontoriero@aeronavegantes.com y/o areamedica@aeronavegantes.com con firma y sello del prestador.

Firma y Sello del Prestador

Fecha



Discapacidad

Requisitos contables para presentar facturas por integración

- RAZÓN SOCIAL (LA QUE FIGURA EN AFIP)
- CUIT
- SITUACION IVA/INGRESOS BRUTOS
- DIRECCIÓN
- LOCALIDAD/PROVINCIA
- CÓDIGO POSTAL
- TELÉFONO (SI LO TIENEN)
- MAIL
- ACTIVIDAD QUE REALIZA EL PRESTADOR
- CBU



Discapacidad - Especialidades

Plan de tratamiento. Consentimiento

Fecha de Emisión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Cantidad de Sesiones

Monto de Sesiones (\$)

Monto Mensual

Período del ciclo lectivo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hasta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días Horarios	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones

Firma del Responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

Firma del beneficiario o representante

Aclaración y DNI

Fecha y Lugar del Consentimiento



Discapacidad - Instituciones

Plan de tratamiento. Consentimiento

Fecha de Emisión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)

.....

.....

.....

Tipo de jornada (simple o doble) _____ Dependencia (S / N)

Matrícula (\$) _____ Monto Mensual (\$) _____ Categoría _____

Período del ciclo lectivo Hasta

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días Horarios	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones

.....

.....

.....

Firma del Responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Firma del beneficiario o representante

Aclaración y DNI

Fecha y Lugar del Consentimiento



Discapacidad - Transporte Diagrama de Traslados. Consentimiento

Fecha de Emisión

--	--	--

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

--

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

--

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

--	--	--	--

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

--	--	--

TRASLADOS

PARTIDAS	DESTINOS	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP.(\$)/KM	IMP.(\$)/DIARIO
----------	----------	------------	----------	-------------	-----------------

Monto Mensual (\$) _____ Dependencia (S / N)

Período de Traslados, Desde Hasta

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (marcar con una cruz los días de traslado)

Días	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones

Firma del Responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

--	--	--

Firma del beneficiario o representante

Aclaración y DNI

Fecha y Lugar del Consentimiento



ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

Fecha

--	--	--

Apellido	Nombre
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 la prestación: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____
 Prestador: _____
 Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____
 Prestador: _____
 Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. 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:



Formulario FIM (Medida de Independencia Funcional)

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido	Nombre	DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad		
<input type="text"/>		

DIAGNÓSTICO

.....

.....

.....

.....

.....

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales. Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, N° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes-



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 e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

.....

.....

.....

.....

2. Aseo personal

Implica lavarse la cara, las manos y los dientes, también peinarse, afeitarse o maquillarse.

Indique asistencia qué grado de asistencia requiere para realizar estas actividades. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

.....

.....

.....

.....

3. Higiene

Implica el 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 en su aseo personal.

.....

.....

.....

.....

4. Vestido parte superior

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....

.....

.....

.....

5. Vestido parte inferior

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....

.....

.....

.....



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. Indique la frecuencia de las deposiciones.

.....

.....

.....

.....

.....

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. Indique la frecuencia de las excreciones.

.....

.....

.....

.....

.....

9. Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Indique el grado de participación del paciente.

.....

.....

.....

.....

.....

10. Transferencia al baño

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

.....

.....

.....

.....



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. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc.

.....

.....

.....

.....

.....

15. Expresión
Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....

.....

.....

.....

.....



TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

A continuación detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente.

ESCALA	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	Autocuidado	
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
	Control de esfínteres	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
	Transferencias	
9	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		

Fecha

--	--	--

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....

AUDITORIA OSA



Discapacidad Conformidad prestacional

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

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 la prestación: desde _____ hasta _____

2. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. **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:



Discapacidad

Anexo III - Presupuesto prestacional

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - 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
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.



Discapacidad Presupuesto transporte

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo con Documento Tipo (.....) N° doy mi 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:

