

INSTRUCTIVO DE **INTEGRACIÓN**

2024

MODALIDAD DE COBERTURA



MODALIDAD DE COBERTURA

Los formularios completos se deberán enviar en formato PDF sin excepción y se podrán firmar de forma física, electrónica o digital.

Los deberá enviar de manera completa ya sea el beneficiario titular o el centro/ prestadores individuales a la siguiente casilla: laspitia@metmedicinapivada.com colocando en el asunto:

COBERTURA 2024 NOMBRE Y DNI del paciente que requiera el tratamiento.

No podrá enviar por partes separadas el expediente, deberá enviarse completo; es decir, lo que completa el médico tratante, los padres y profesionales todo junto.

- Recuerde que el envío debe realizarse en la quincena designada para su presentación, en caso de que haya vencido la misma, y no pudo hacer la presentación, deberá solicitar una re asignación de quincena al **0800-3450-638**

La evaluación del expediente es de 20 días hábiles. Una vez evaluada la documentación se notificará vía mail y partir de ese momento, en caso de estar autorizada, el prestador podrá facturar.

En caso de que haya algún faltante en la presentación se le informará sobre lo pendiente a presentar luego de la evaluación, el expediente no se autorizará y vuelve a correr el plazo de 20 días hábiles desde que presente lo faltante.

No podrán solicitarse ni autorizarse prestaciones de manera retroactiva por disposición del Mecanismo de Integración de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Podrás verificar:

- Cartilla de prestadores comunicándote a nuestro 0800-3450-638 o acercándote a nuestra oficina ubicada en la calle OBISPO ORO 50 -Córdoba.

CAMBIO DE PRESTADOR

En caso de requerir un cambio de prestador se deberá presentar nuevamente la documentación correspondiente a la prestación que desea cambiar, sumando una nota firmada especificando desde cuando es el cambio y con que profesional o centro continuaría el tratamiento.

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

CUD

Certificado único de discapacidad vigente, en caso de estar con prórroga debe agregar la misma.

Resumen de historia clínica -Formulario N°3

Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento, firmada por: neurólogo/fisiatra/pediatra/médico tratante especialista.

FIM (escala de dependencia funcional) - Formulario N° 4

completar en caso de requerir dependencia

Se podrá contemplar para mayores de 6 años. Para CET, centro de día y hogares debe estar firmado por un terapeuta ocupacional. Para transporte debe estar firmado por terapeuta ocupacional y/o médico tratante

Encuesta Social -Formulario N°5

Firmada por madre/padre/tutor/persona con discapacidad.

Constancia de alumno regular (en caso de estar escolarizado)

Con número de CUE- código único escolar.
A presentar cuando inicia el período escolar.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

CORRESPONDE PARA MENORES DE 4 AÑOS.

Orden médica -Formulario N° 1

Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento. Firmada por neurólogo/ fisiatra/ pediatra/médico tratante especialista.

PLAN DE ABORDAJE CON INFORME INICIAL/EVOLUTIVO -Formulario N° 8

Presupuesto de Rehabilitación -Formulario N° 6

Adecuado al valor del módulo de Estimulación Temprana

ANEXO II CONFORMIDAD PRESTACIONAL 2024 -Formulario N° 9

Lo debe firmar: madre/padre/tutor/persona con discapacidad

En caso de ser prestadores individuales:

- TÍTULO HABILITANTE
- RNP (Registro Nacional de Prestadores)
- CONSTANCIA DE AFIP-CUIT (NO DE ANSES)
- COMPROBANTE DE CBU EMITIDO POR EL BANCO (SE PUEDE DESCARGAR DE HOME BANKING)

En caso de ser un Centro Categorizado:

- HABILITACION
- CATEGORIZACIÓN PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA
- CONSTANCIA DE AFIP-CUIT (NO DE ANSES)
- COMPROBANTE DE CBU EMITIDO POR EL BANCO (SE PUEDE DESCARGAR DE HOME BANKING)

Se deberá enviar un informe de seguimiento semestral a los seis meses de iniciada la prestación.

TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

MAYORES DE 4 AÑOS

(PSICOLOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, KINESIOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, ETC)

Orden médica -Formulario N° 1

Se debe indicar la especialidad. Colocar fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento.
Firmada por neurólogo/fisiatra/pediatra/médico tratante especialista.

Presupuesto de rehabilitación -Formulario N°6

Las instituciones categorizadas deben presupuestar por módulos (Integral Simple o Intensivo) detallando en cada módulo las especialidades. En el caso de prestadores individuales adecuar los presupuestos al valor del módulo que corresponda (integral simple o intensivo) detallando la especialidad.

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo -Formulario N°8

Detallar período, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

ANEXO II CONFORMIDAD PRESTACIONAL 2024 -Formulario N° 9

Lo debe firmar: madre/padre/tutor/persona con discapacidad

En caso de ser prestadores individuales:

- TITULO HABILITANTE
- RNP (Registro Nacional de Prestadores)
- CONSTANCIA DE AFIP-CUIT (NO DE ANSES)
- COMPROBANTE DE CBU EMITIDO POR EL BANCO (SE PUEDE DESCARGAR DE HOME BANKING)

En caso de ser un Centro Categorizado:

- HABILITACION
- CATEGORIZACIÓN
- CONSTANCIA DE AFIP-CUIT (NO DE ANSES)
- COMPROBANTE DE CBU EMITIDO POR EL BANCO (SE PUEDE DESCARGAR DE HOME BANKING)

Se deberá enviar un informe de seguimiento semestral a los seis meses de iniciada la prestación.

TRANSPORTE

Orden médica por transporte -Formulario N° 2

Justificativo de transporte. Con fecha de emisión anterior al inicio del traslado, indicando dirección de origen y destino.

Firmada por neurólogo/fisiatra/pediatra/médico tratante especialista.

En los menores de 6 años no puede incluir dependencia.

En los mayores de 6 debe incluirse la escala FIM en caso de solicitar dependencia.

Presupuesto de Transporte -Formulario N° 7

En los menores de 6 años no puede incluir dependencia.

En los mayores de 6 debe incluirse la escala FIM (Formulario N° 4) en caso de solicitar dependencia.

Constancia de recorrido Google Maps

Licencia de conducir vigente

Tarjeta Verde

Poliza de seguro vigente

Habilitación Municipal de la empresa de transporte

ITV

Constancia de AFIP-CUIT (NO DE ANSES)

Comprobante de CBU emitido por el banco (se puede descargar de home banking)

Se autorizarán 12Km como mínimo en los trayectos de tramos cortos, según Resolución Vigente.

MAESTRA DE APOYO

PROFESIONAL INDIVIDUAL, DEBERÁ POSEER TÍTULO AFÍN A LA PEDAGOGÍA
(PSICOPEDAGOGOS, DOCENTES ESPECIALES)

Orden médica -Formulario N°1

Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento. Firmada por neurólogo /fisiatra/
pediatra/ médico tratante especialista.

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo - PROYECTO PEDAGOGICO -Formulario N° 8

Detallar período, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención
contemplando los diferentes contextos.

Presupuesto educativo -Formulario N° 6

Acta acuerdo

Debe contener el membrete y sello de la institución educativa, firma y aclaración de todas las
partes intervinientes: directivos de la escuela, responsable de la institución o equipo de
integración y padres. - A presentar cuando inicia el periodo escolar.

ANEXO II CONFORMIDAD PRESTACIONAL 2024 -Formulario N° 9

Lo debe firmar: madre/padre/tutor/persona con discapacidad

Título habilitante y certificado analítico

RNP (en caso de ser Psicopedagoga) Registro Nacional de Prestadores

Constancia de AFIP-CUIT (NO DE ANSES)

Comprobante de CBU emitido por el banco (se puede descargar de home banking)

Se deberá enviar un informe de seguimiento semestral a los seis meses de iniciada la prestación

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Orden médica -Formulario N°1

Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento. Firmada por neurólogo /fisiatra/
pediatra/ médico tratante especialista.

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo - PROYECTO PEDAGOGICO -Formulario N° 8

Detallar período, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención
contemplando los diferentes contextos.

Presupuesto educativo -Formulario N° 6

Acta acuerdo

Debe contener el membrete y sello de la institución educativa, firma y aclaración de todas las
partes intervinientes: directivos de la escuela, responsable de la institución o equipo de
integración y padres. - A presentar cuando inicia el periodo escolar.

ANEXO II CONFORMIDAD PRESTACIONAL 2024 -Formulario N° 9

Lo debe firmar: madre/padre/tutor/persona con discapacidad

Adaptaciones Curriculares

Categorización

Habilitación

Constancia de AFIP-CUIT (NO DE ANSES)

Comprobante de CBU emitido por el banco (se puede descargar de home banking)

Se deberá enviar un informe de seguimiento..

**Las figuras de apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo se excluyen entre sí.
Se autoriza un único módulo y a un único prestador que le brinde la integración.**

ESCUELA ESPECIAL | TERAPÉUTICO – EDUCATIVAS

INICIAL, E.G.B, FORMACIÓN LABORAL | CENTRO DE DÍA, CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Orden médica –Formulario N° 1

Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo –Formulario N° 8

Detallar período, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

Presupuesto educativo –Formulario N° 6

Constancia de AFIP-CUIT (NO DE ANSES)

Categorización de la institución

Expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS).

Comprobante de CBU emitido por el banco (se puede descargar de home banking)

En la documentación se debe detallar el tipo de jornada (simple o doble).

Se deberá enviar un informe de seguimiento semestral a los seis meses de iniciada la prestación.

PRESTACIONES ASISTENCIALES

(PEQUEÑOS HOGARES, RESIDENCIAS Y HOGARES)

Justificación de internación –Formulario N° 1

Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento

Informe social

Debe indicar nombre, apellido del beneficiario y DNI. Elaborado por el Licenciado en Trabajo Social, no podrá pertenecer a la institución que brinde el tratamiento. Facilita datos e información referente a la situación del beneficiario.

Informe médico

Debe indicar nombre y apellido del beneficiario, número de beneficiario de la Obra Social y DNI. Detallar la necesidad de la internación.

Informe o Cédula Judicial (de corresponder)

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo –Formulario N° 8

Firmado por los directivos de la institución o por el representante legal

Presupuesto para prestaciones asistenciales –Formulario N° 6

Constancia de AFIP-CUIT (NO DE ANSES)

Comprobante de CBU emitido por el banco (se puede descargar de home banking)

Se deberá enviar un informe de seguimiento semestral a los seis meses de iniciada la prestación.

ORDEN MÉDICA

Córdoba, _____ de _____ de 20 _____

(La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento)

Nombre y Apellido:

DNI N° _____

Diagnóstico:.....

.....
.....
.....

Prestación:

(*)
.....
.....
.....

Periodo Desde Hasta Año

Firma y Sello del Médico Tratante

- Aclarar tipo de terapias y frecuencia semanal de las mismas o modalidades de concurrencia.
- Para menores de 4 años la prestación a solicitar debe ser ESTIMULACIÓN TEMPRANA
- En caso de colegio especial aclarar tipo de Jornada, en caso de Integración Escolar aclarar si es EQUIPO o Modulo Maestro de Apoyo y la Categoría (A, B O C)
- La firma y sello del médico tratante puede ser de un: neurólogo/fisiatra/pediatra/clinico/ medico especialista en el diagnostico del CUD.

ORDEN MÉDICA DE TRANSPORTE

Córdoba, _____ de _____ de 20 _____

(La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento)

Nombre y Apellido:

DNI N°

Diagnóstico:

.....

.....

Justificación medica de la solicitud de transporte:

.....
.....
.....

Por lo que requiere traslado no publico desde (lugar de origen).....

.....

Hasta (lugar de destino)

Dependencia: si – No (marque con círculo lo que corresponda)

Durante el periodo entre (mes) _____ y (mes) _____ del año 20 _____

Firma y sello del medico tratante

- En los mayores de 6 años debe incluirse la escala FIM en caso de solicitar dependencia.
- En los menores de 6 años no puede incluir dependencia.
- La firma y sello del médico tratante puede ser de un: neurólogo/fisiatra/pediatra/ clinico/medico especialista en el diagnostico del CUD.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

(Entrega obligatoria al momento de presentar la documentación)

DOCUMENTACION A SER COMPLETADA POR MEDICO TRATANTE

<i>Apellido y nombres:</i>		<i>NACIONALIDAD:</i>	
<i>dni:</i>	<i>Edad:</i>	<i>Sexo: F M</i>	
<i>F. Nacimiento:</i>			
<i>Domicilio:</i>			
<i>Localidad:</i>	<i>C.P.:</i>	<i>TEL:</i>	
<i>Nombre y apellido de la madre, padre o tutor:</i>			
<i>Diagnostico: (según indica CUD)</i>			
<i>Plan terapéutico indicado: (MODULOS Y DETALLE DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS)</i>			
<i>ANTECEDENTES COMPLETOS DE INTERVENCIONES CLINICAS , TERAPEUTICAS Y/O EDUCATIVAS:</i>			
<i>EVOLUCION DEL CUADRO CLINICO DE ACUERDO AL ULTIMO AÑO:</i>			
<i>PERIODO (Año calendario):</i>			
<i>Firma y sello del Medico Tratante</i>		<i>firma y sello del Medico auditor</i>	
<i>Córdoba, _____ de _____ de 20_____</i>			

La firma y sello del médico tratante puede ser de un: neurólogo/fisiatra/pediatra/clinico/medico especialista en el diagnostico del CUD.

ESCALA FIM

Nombre Y Apellido:			
Edad:		DNI	
Institución:			
MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)			
Actividad			Ptje.
AUTO CUIDADO			
1	Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar 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 (Implica vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, 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 ESFINTERES			
7	Controlar intestinos (Implica el control completo e intencional de la evaluación intestinal y el uso de equipo agentes necesarios para la evaluación)		
8	Controlar vejiga (Implica el control completo e intencional de la evaluación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evaluación como sondas.		
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)		
LOCOMOCION			
12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llaena una vez que está en pie o propulsar si 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)	
CONEXIÓN		
16	Interaccion Social (Implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar limites.)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica habilidad para reconocimiento y memorizacion 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 si o terceros bien necesita dos ayudantes se califica 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 maxima (sujeto aporta 25% o más)
- 1 Requiere asistencia Total (sujeto aporta menos 25%)

Equipo Evaluador y/o Profesional:

Firma y sello de medico tratante o terapeuta ocupacional.

	FORMULARIO	
	ENCUESTA SOCIAL	

- *Datos a completar por el afiliado o familiar/tutor a cargo*

<i>Apellido y Nombre</i>	
<i>DNI</i>	
<i>N° CUIL</i>	
<i>Fecha de Nacimiento</i>	
<i>Nacionalidad</i>	
<i>Estado civil</i>	
<i>Domicilio actual</i>	
<i>CP – Localidad</i>	
<i>Provincia</i>	
<i>Apellido y Nombre Del padre</i>	
<i>Teléfono de contacto del Padre</i>	
<i>Apellido y Nombre De la madre</i>	

	FORMULARIO	
	ENCUESTA SOCIAL	

<i>Teléfono de contacto del madre</i>	
<i>Correo electrónico de contacto</i>	

- **Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia**

<i>Vinculo</i>	<i>Nombre y apellido</i>	<i>DNI</i>	<i>Firma</i>
<i>Madre</i>			
<i>Padre</i>			
<i>otros</i>			

Córdoba, _____ de _____ de 20_____

- **Debe estar firmado por madre/padre/tutor/persona con discapacidad.**

Presupuesto de Rehabilitación/ Educativo/ de prestaciones asistenciales**Completar todos los campos del formulario**

Lugar de emisión.....Fecha20.....

Datos del afiliado

Nombre y Apellido.....N° DNI.....

Datos de la prestación

Prestación / Especialidad

Cantidad de sesiones semanales.....

Monto por sesión \$..... Monto Mensual \$.....

Periodo de cobertura: desde Hasta Año **Datos del Prestador**

Nombre y Apellido / Razón Social:.....

E mail.....CUIT N°

DomicilioTeléfono:.....

Condición frente al IVA.....

Cronograma de Asistencia

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario Ingreso						
Horario Egreso						

Observaciones:.....

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario:.....

DNI:..... Aclaración:.....

Firma Beneficiario o representante DNI Firmante:.....

Lugar y fecha de Consentimiento:

Firma, aclaración y Sello del Responsable del
/ Prestador

- *Este formulario debe estar firmado por terapeuta que realizará el tratamiento y por los padres/tutores/ persona con discapacidad*

Presupuesto de Transporte

Lugar de emisión.....Fecha.....20.....

Datos del afiliado

Nombre y Apellido.....N° DNI.....

Datos de la empresa de transporte

Nombre y Apellido/ Razón Social.....

Domicilio.....Teléfono.....

E mail.....CUIT.....

Habilitación emitida por.....Compañía de Seguro.....

Condición frente al IVA.....Prestación de dependencia

Datos del viaje

Cada recorrido deberá indicar el km según Google Maps acompañado de su respectivo mapa.

Tipo de traslado (a escuela, a rehabilitación, etc.)

Direcciones :

Partida:.....

Destino:.....

DIAS	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabados
Ingreso						
Egreso						

Km diarios	km mensuales	valor por km	Valor viaje Ida y vuelta	Precio Total mensual	Precio Total mensual c/ dependencia
		\$	\$	\$	\$
Periodo de prestación	Desde		Hasta		20

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario:..... DNI:

Firma papa, mama o tutor.

Aclaración:.....

DNI Firmante:.....

Lugar y fecha de Consentimiento:.....

Firma, aclaración y Sello del Responsable de la Empresa Transportista / Prestador

- Este formulario debe estar firmado por el transportista que realizará el recorrido y por los padres/tutores/ persona con discapacidad

Plan de Abordaje - Consentimiento.

Deberá agregar un informe inicial/evolutivo -- En caso de prestaciones educativas el proyecto pedagógico.

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión.....Fecha20.....

Datos del afiliado

Nombre y Apellido.....N° DNI.....

Datos de la prestación

Prestación a brindar							
Tipo de Jornada :	Simple	Doble	Cat A	Cat B	Cat C		
Almuerzo	SI	NO	Dependencia	SI	NO		
Escuela				Turno		Publica	
						Privada	
Monto Mensual	\$	Monto					
Periodo de cobertura	Desde		Hasta		Año	20	

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:.....

E mail.....CUIT N°.....

Domicilio.....Teléfono:.....

Condición frente al IVA.....

Cronograma de asistencia

Especialidades	Horarios	Días					
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	Desde:						
	Hasta:						
	Desde:						
	Hasta:						
	Desde:						
	Hasta:						
	Desde:						
	Hasta:						

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario:..... DNI:.....

Firma de representante Aclaración:..... DNI Firmante:

Lugar y fecha de Consentimiento:.....

Firma, aclaración y Sello del Responsable del
/ Prestador

- Este formulario debe estar firmado por terapeuta que realizará el tratamiento y por los padres/tutores/ persona con discapacidad

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024	
Fecha	
Apellido y nombre del beneficiario: Número de Documento	
Yo.....con 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	

Prestación	
Prestador	
Período de la prestación	Desde ()Hasta ()

Prestación	
Prestador	
Período de la prestación	Desde ()Hasta ()

Prestación	
Prestador	
Período de la prestación	Desde ()Hasta ()

Prestación	
Prestador	
Período de la prestación	Desde ()Hasta ()

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:DNI.....

- **Debe estar firmado por madre/padre/tutor/persona con discapacidad.**