

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Periodo Cielo Lectivo, Desde: Hasta:

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)
-------------------------------------------------------	-------------------	-------------------	--------------------

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: _____

Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp						
Esp						
Esp						

Observaciones

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____

DNI: _____

Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

En el día de la fecha.....se entrega en la Obra Social Ferroviaria los
Requisitos para la Renovación de Discapacidad 2018 del
beneficiario.....quedando debidamente informado que la
documentación debe ingresar completa y con anterioridad al período
solicitado a fin de auditar las prestaciones .

Informa.....

Retira.....

Normas Operativas

A efectos de acelerar el proceso de la liquidación de los servicios, solicitamos cumplimentar las facturas de nuestros afiliados con Capacidades Diferentes de la siguiente manera y según Res.1048/2014 Confeccionarla según normas vigentes AFIP (factura tipo B/C Recibo C).

Dirigida a:

Obra Social Ferroviaria (OSFE)

Estados Unidos 2859/63

(1227)CABA

CUIT 30-54670697-0

IVA EXENTO

Todas las facturas deberán ser acompañadas indefectiblemente por la Autorización emitida por la Obra Social Ferroviaria. En caso de no cumplir con dicho requisito no se procederá a su liquidación y la documentación será devuelta al prestador.-

Descripción:

Beneficiario: Nombre y Apellido, **para HIV siglas mas fecha de Nacimiento**, DNI (Numero), Fecha de prestación (o periodo).

Prestación: tipo de prestación (Ej. Ctro de Día, Escolaridad, Psicoterapia; Transporte etc.) Según anexo IV del Instructivo de la Res. 406/16, modalidad jornada (simple/doble) y categoría.

Para los casos de Sesiones: colocar la cantidad y su valor unitario. **HIV descripción de la prestación Ej. Test de resistencia, carga viral etc.**

Para los casos de Transportes: registrar la cantidad de viajes (S/Res1992/2015 Ministerio de Salud), punto de partida y destino, cantidad de kilómetros diarios y total mensual, y el valor por kilómetro recorrido. Periodo: Mes y año de la prestación.

Beneficiario con dependencia: indicar en caso de corresponder según prestación brindada.

Las facturas deberán estar firmadas y selladas por el prestador.

La documentación que acompaña a la factura debe estar debidamente cumplimentada: planilla con conformidad diaria del afiliado y/o familiar a cargo y firma y sello del prestador interviniente. HIV Orden de pedido medico, anterior a la fecha de factura y resultados.-

Ante cualquier duda comunicarse vía e mail a facturacion@osferroviaria.org.ar, mgomez@osferroviaria.org.ar o a los teléfonos, **Sector Control de Facturación 4-127 7727/21** de lunes a viernes de 10 a 16 hs.

Descartando que esta metodología sea beneficiosa a ambas partes, saludo a Ud. muy atte.

GERENCIA DE ADMINSTRACION Y FINANZAS
Departamento Control de Facturación

Modelo de Indicación médica para solicitud de prestaciones (no rellenar)

Nombre del Afiliado:
Nº de Af:

Solicito..... (prestación).....;
(x) sesiones semanales

por el periodo dea
de 2018.

Diagnostico:

Fecha:
(Anterior al inicio del periodo indicado)

**Firma y sello
del médico tratante**

Modelo de Indicación médica para solicitud escolaridad (no rellenar)

Nombre del Afiliado:
Nº de Af:

Solicito Escolaridad.....(modalidad)
Jornada.....;

por el periodo dea
de 2018.

Diagnostico:

Fecha:
(Anterior al inicio del periodo indicado)

**Firma y Sello
del médico tratante**