



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2020-66692666- -APN-SSS#MS ANEXO II

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.



ANEXO I - 1

PRÓRROGA POR CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021 .

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

En aquellos casos que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales/prestadores acuerden la **CONTINUIDAD** de las prestaciones que venía recibiendo en el año 2020, se deberá presentar ante la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga la siguiente documentación:

La Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo:

- Conformidad de la Prestación, según modelo detallado **ANEXO I.1.1**

En el mismo se deberá detallar la/s prestación/es por las que brinda conformidad respecto de su continuidad, en igualdad de condiciones a las autorizadas en el período prestacional 2020, pudiendo realizarse en forma manuscrita.

El Prestador:

- Informe Evolutivo de la Prestación brindada.
- Plan de Abordaje para el período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.
- Transporte, Informe de la prestación brindada en 2020 y a realizar en 2021, según modelo detallado **ANEXO I 1.2**

BAJA DE LA PRESTACIÓN

En aquellos casos que se desee dar la **BAJA** de la/s prestación/es, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberá informarlo a la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga por medios digitales o los habilitados por la entidad.

Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail:

orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar



ANEXO I 1.2

INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes _____ de 2021.

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Número de DNI:

PERÍODO ASPO / DISPO 2020

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

SÍ NO MOTIVO: _____

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte? ¿Qué

tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE: ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO OTROS

_____ PRESENCIAL

PERÍODO APSO / DISPO 2021

PRESTACIÓN	TIPO DE ASISTENCIA
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR



ANEXO I - 2

CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo
(.....) N°, doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s
prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y
obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las
alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en
nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las
pautas detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento: Parentesco:

.....

Domicilio:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2020-66692666- -APN-SSS#MS ANEXO I

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.



ANEXO II - 1

MODIFICACIÓN O NUEVA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021

En aquellos casos que se solicite una **NUEVA** prestación o que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales tratantes/prestadores consideren que debe hacerse una **MODIFICACIÓN** del Plan de Abordaje que se encontraba recibiendo en el período 2020, deberá presentarse la siguiente documentación:

La Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo: -

Conformidad de Prestación, según modelo detallado en ANEXO II. 1.1

- Orden Médica, confeccionada por médico tratante.
- Resumen de Historia Clínica, confeccionada por médico tratante.
- Apoyo a la Inclusión Educativa, deberá presentar:

Constancia de alumno regular, emitida por la escuela común.

Acta Acuerdo, firmada por el familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

La documentación requerida para Inclusión Educativa, deberá ser remitida dentro del plazo posible considerando las medidas de ASPO/DISPO. La imposibilidad de presentarla no podrá ser motivo de denegación ni ser restrictivo el acceso a la prestación.

El Prestador:

- Plan de Abordaje período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.

Para la prestación de Apoyo a la Inclusión Educativa, el Plan de Abordaje individual, deberá detallar la adaptación curricular en caso de corresponder, confeccionado por el profesional/equipo que lleve a cabo la Integración.

- Presupuesto.
- Para la prestación de Transporte, el Presupuesto deberá especificar la modalidad de asistencia brindada; alimentaria, material didáctico, etc o presencial, según habilitación jurisdiccional.
- Documentación del prestador, según corresponda a cada prestación.
- Dependencia, en caso de corresponder deberá presentarse la escala FIM confeccionada por el prestador o médico tratante.

Cuando se solicite una **NUEVA** prestación o una **MODIFICACIÓN**, los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga haya confeccionado para la solicitud de prestaciones del año 2020.

En aquellos casos que la solicitud de cobertura de prestaciones de discapacidad se realice por primera vez, la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga podrá solicitar documentación respecto de su certificación de persona con discapacidad, afiliación, etc.

Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail:

orientaciondiscapacidad@sss.salud.gob.ar



ANEXO II - 2

CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha:d.....d.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yocon Documento Tipo (.....) N° , doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio, del año 2021. Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles en relación a la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración: Documento:

..... Parentesco:

.....

Domicilio: