

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA COBERTURA DE PRESTACIONES DE APOYO O REHABILITACIÓN**

Los requisitos establecidos para gestionar las autorizaciones están basados en la resolución de Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación N°1743/24.

En el presente, se detalla la documentación requerida para la auditoría de las prestaciones del año 2026, que deberá ser remitida por **medios digitales** a nuestra Administración.

Las autorizaciones deben gestionarse previo al inicio de los tratamientos, ya que no se contemplarán retroactivos. Asimismo, los profesionales / instituciones, deberán respetar el plazo de 30 (treinta) días para facturar el servicio.

**POR PARTE DEL BENEFICIARIO**

- 1. Fotocopia del Certificado de Discapacidad Vigente.**
- 2. Historia Clínica:** deberá aclarar: edad, diagnóstico, tratamientos que realiza, evolución en el último año y estado actual del paciente.
- 3. Prescripción Médica:** conforme al listado de prestaciones comprendidas en el Nomenclador De Prestaciones Básicas Para Personas Con Discapacidad, firmada por el médico tratante. La fecha que se encuentra al pie de esta, debe ser anterior al inicio del Tratamiento. Se requiere especificar la cantidad de sesiones semanales y mensuales por especialidad y aclarar el período (por ejemplo, enero a diciembre). Las prescripciones no deberán ser realizadas por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- 4. Conformidad por las prestaciones:** (disponible en la página 2 de este documento), firmada por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.

**POR PARTE DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN PRESTADORA**

- 1. Informe de Evaluación inicial:** deberá ser presentado exclusivamente cuando se trate del inicio de una nueva prestación. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
- 2. Informe Evolutivo:** deberá ser presentado en caso de continuidad de la prestación. Deben constar los períodos de abordaje, la modalidad de prestación, la descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- 3. Plan de abordaje individual:** detallando período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
- 4. Presupuesto Prestacional.**
- 5. Fotocopia del certificado de Inscripción del Prestador** en el Registro de Prestadores de Superintendencia de Servicios de Salud.
- 6. Formulario de Alta / Actualización de Prestadores:** es de suma importancia que se cumplimenten los datos solicitados dado que permitirán contar con la información adecuada al momento de la emisión del pago.
- 7. Para facturar el prestador deberá remitir:** Planilla de Asistencia Mensual e Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

**IMPORTANTE**

- Sin Certificado de Discapacidad Vigente, no se cubrirá ninguna prestación.
- La cobertura de las prestaciones será conforme al Nomenclador de Superintendencia de Servicios de Salud y de acuerdo con los aranceles que reglamente el Ministerio de Salud, publicados en el Boletín Oficial. La Obra Social autorizará el valor proporcional de duración de la sesión. No reconocerá sesiones dobles.
- Las autorizaciones se emitirán por períodos prolongados de hasta 1 año, por lo tanto, se deberá presentar la documentación de manera anual.
- No se aceptará documentación tachada o enmendada.
- El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta exclusiva responsabilidad del prestador. La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no da derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización.
- Es requisito indispensable que el Prestador/Institución se encuentre Inscripto en el Registro de Prestadores de Superintendencia de Servicios de Salud o cuente con Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Las prestaciones detalladas en el presente instructivo deben ser facturadas de forma directa por los profesionales / instituciones, no se puede acceder por la vía de Reintegro.
- **No se podrán autorizar tratamientos con profesionales que hayan sido dados de baja de forma definitiva por nuestra Obra Social.**

**CONFORMIDAD POR PRESTACIÓN AÑO 2026**

(A completar por el beneficiario o su representante y los prestadores de cada práctica brindada)

Lugar y fecha de emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de atención:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Nombre Beneficiario:

D.N.I.:

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD (SEGÚN MECANISMO INTEGRACIÓN)	CANTIDAD SESIONES	MONTO SESIÓN (\$)	MONTO MENSUAL (\$)

Período:

Desde:

Hasta:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
Especialidad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:

**CONSENTIMIENTO**

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

Beneficiario:

D.N.I.:

Nro. Beneficiario:

FIRMA BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y D.N.I. FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

**FORMULARIO**

La información declarada y/o acompañada al presente formulario revestirá el carácter de declaración jurada y deberá ser firmada en todas sus hojas por un apoderado o responsable de la empresa. Tenga presente además, que estará operando con la condición fiscal detallada en el presente formulario y en el caso de surgir alguna modificación de su situación impositiva, es su exclusiva responsabilidad notificarla a la Mutual.

**DATOS**

Razón Social /Nombre del prestador:	Fecha de pedido:	/ /
DNI:	Fecha de Nac.:	/ /
Matrícula:	Nº inscripción S.S.S:	Especialidad:
Domicilio legal:	Localidad:	Provincia:
C.P.:	Tel. Particular:	E-mail:
Domicilio Laboral:	Tel. Laboral:	

Adjuntar copias de: Contrato Social Estatuto, Designación de Autoridades, Apoderado designado para contratar y D.N.I.

**TIPO DE CONVENIO**

Persona Física  Óptica  Farmacia  Persona Jurídica (clínica, sanatorio, órgano colegiado)

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (CONVENIOS DE SERVICIOS DE SALUD)**

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.S.
- Copia del título.
- Habilitación Municipal (sólo farmacias, ópticas).
- Habilitación e inscripción en el Colegio de Farmaceúticos (sólo farmacias).
- Curriculum vitae (sólo Persona Física).
- Carpeta institucional (sólo Persona Jurídica).
- Estatuto (para Asoc. Civiles, Mutuales, Cooperativas).
- Listado de prestaciones que brinda junto con los aranceles pretendidos para las mismas (sólo convenios).
- Fotocopia de DNI.
- En caso de personas jurídicas deberá remitir listado de profesionales y/o entidades.

FIRMA PRESTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA

FIRMA ADMINISTRATIVO JS

**FORMULARIO**
**DATOS IMPOSITIVOS**

CUIT N°:

*(Adjuntar constancia de inscripción vigente).*
**CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IVA**
 Responsable Inscripto       Monotributista       Exento       Otra:

**CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS**
 Responsable Inscripto       Monotributista       Otra:  
 Responsable NO Inscripto       Exento *(adjuntar certificado de Ex.)*

 Sujeto Pasible de Retención:  Si  NO

 Certificado de Exclusión de Retención:  Si  NO

Porcentaje de exclusión Retención:

%

*(Adjuntar certificados de exclusión)*
**CONCEPTOS SUJETOS A RETENCIÓN RG 830 (ACTIVIDADES)**

<input type="checkbox"/> Enajenación de Bienes Muebles	<input type="checkbox"/> Alquiler de bienes Inmuebles	<input type="checkbox"/> Profesiones Liberales
<input type="checkbox"/> Locación de Obras y/o Servicios	<input type="checkbox"/> Operaciones de Transporte	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Alquiler de Bienes muebles	de carga Nacional e Internacional	

**CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE INGRESOS BRUTOS**

 N° de ingresos Brutos: *(Adjuntar constancia de inscripción vigente CM01 y CM05 de corresponder)*

<input type="checkbox"/> Inscripto Contribuyente local	<input type="checkbox"/> Exento
<input type="checkbox"/> Inscripto Convenio Multilateral	<input type="checkbox"/> Inscripto Régimen Simplificado

Detalle con un tilde la (contribuyente local) o las jurisdicciones (contribuyente con convenio multilateral) en las que se encuentra inscripto y complete con otro tilde la o las jurisdicciones en las cuales es pasible de retenciones.

Jurisdicción	Inscripto	Sujeto pasible de retenciones	Justif. exc. para Jurisdicciones Insc. no pasible de ret.
921 - Santa Fe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enviar form. 1276 web API STA FE
908 - Entre Ríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
917 - Salta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
918 - San Juan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Otras ( detallar)</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**INFORMACIÓN ADICIONAL A COMPLETAR REQUERIDA POR OTRAS LEYES VIGENTES**

 Es Persona Expuesta Políticamente:  Si  NO

 Es Sujeto Obligado de la Ley 25.246:  Si  NO

**DATOS DE LA CUENTA BANCARIA (ADJUNTAR CONSTANCIA CBU)**

 Banco: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_  caja de ahorros  cuenta corriente

Nro de Cuenta: \_\_\_\_\_ CBU: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA**

1er Titular (como figura en el extracto): \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL/CDI: \_\_\_\_\_

2do Titular: \_\_\_\_\_

FIRMA PRESTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA

FIRMA ADMINISTRATIVO JS