

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE MISIONES
DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD

“Si no puedo ser como las otras personas, voy a buscar ser yo mismo y de la mejor manera posible.”

FUNCIÓN

- Asesorar, orientar y acompañar al afiliado con discapacidad sobre los trámites que debe realizar según las demandas y necesidades que presentan.
- Asesorar sobre los trámites administrativos.
- Incorporar al afiliado como afiliado Discapacitado.
- Otorgar al afiliado historia clínica del Departamento.
- Realizar convenios con centros de rehabilitación y tratamiento en salud y educación.
- Realizar convenios con organismos de traslado.
- Realizar reintegros.

- **MISIÓN**

- ❑ Desarrollar, formular, transversalizar y realizar el seguimiento de trámites, resoluciones y expedientes de todas aquellas prácticas que requieren y realizan los afiliados con discapacidad.

Requisitos para Acceder a las Distintas Coberturas del Departamento de Discapacidad

- Estar inscripto en el sistema de afiliaciones como afiliado discapacitado, por lo que será necesario presentar:
- nota dirigida al DPTO DE AFILIACIONES solicitando incorporación en la Obra Social como persona con DISCAPACIDAD;
- CUD (Certificado Único de Discapacidad) o en su defecto la constancia de inicio del trámite del CUD;
- fotocopia del último recibo de sueldo del titular;
- fotocopia del carnet del afiliado titular y/o hijo menor de edad; si es para el hijo, fotocopia de la partida de nacimiento;
- fotocopia del DNI del afiliado titular y del adherente.
- Completar el Formulario de Historia Clínica que debe ser prescripta la primera vez por el médico especialista la cual tendrá una validez de un (1) año desde su emisión debiendo ser renovada posteriormente por médico tratante o de cabecera.(de no presentar modificaciones)



MISIONES

Más Prevención = Más Salud



INSTITUTO DE
PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES


Documentación a presentar para solicitar reintegro :


- Nota de solicitud de reintegro
- Factura de las prestaciones abonadas con las fechas y la descripción del servicio especificados en forma correcta según el mes. Ejemplo mes de Septiembre:
 - Desde: **01/09/2023**
 - Hasta: **30/09/2023**
 - Fecha de Emisión: **30/09/2023**
 - Descripción: Prestación realizada al “afiliado”, con “dni” en el mes de Septiembre del 2023.
- Factura a nombre del Afiliado titular
- Planillas de asistencia de las diferentes practicas donde figure dia y hora.
- Las facturas deben estar firmadas y selladas por el profesional(con la leyenda”recibi conforme”)

Documentación para solicitar Lentes:

- Pedido medico original.
- 3 Presupuestos.
- Historia Clínica

Historia Clínica





"2023 - Año de la juventud para liderar el desarrollo sostenible y la economía del conocimiento; de la resiliencia ante el cambio climático y de la agricultura familiar como sistema productivo que garantiza la soberanía alimentaria".

HISTORIA CLINICA.
AFILIADO con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA.

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

DNI: _____

IPSM N° (CARNET): _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ - EDAD: ____

DIAGNOSTICO: _____

1- RESÚMEN HISTORIA CLÍNICA

2- EVOLUCIÓN

HISTORIA CLINICA

AFILIADO con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA.

3- PRESTACIONES DE REHABILITACION

PRESTACIONES DE REHABILITACION PSICOFISICAS SOLICITADAS.

(consignar cantidad de sesiones semanales):

ESTIMULACION TEMPRANA: (hasta 6 años)	_____	sesiones/semana
TERAPIA OCUPACIONAL:	_____	sesiones/semana
KINESIOLOGIA:	_____	sesiones/semana
FONCAUDIOLOGIA:	_____	sesiones/semana
PSICOPEDAGOGIA:	_____	sesiones/semana
PSICOLOGIA:	_____	sesiones/semana
PSICOMOTRICIDAD	_____	sesiones/semana
ARTE-TERAPIA	_____	sesiones/semana
ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO:		
En Domicilio:	_____	sesiones/semana
En Internación:	_____	sesiones/semana
OTROS:		
HIDROTERAPIA:	_____	sesiones/semana
MUSICOTERAPIA:	_____	sesiones/semana
EQUINOTERAPIA	_____	sesiones/semana
KINESIOLOGIA NEUROLÓGICA	_____	sesiones/semana
GIMNASIA ARTISTICA:	_____	sesiones/semana
TRANSPORTE:	_____	kilómetros/semana
Otras adicionales (consignar cuál):	_____	sesiones/semana
_____:	_____	sesiones/semana

Inclúyase interconsulta y tratamiento como ser Cardiología, Traumatología, ORL, Endocrinología, Oftalmología, Neumología, Dermatología, Diabetología, Gastroenterología, Psiquiatría, Odontología, Otras. Según valores del Nomenclador Vigente.

4- PRESTACIONES DE REHABILITACION EDUCATIVA SOLICITADAS

(consignar cantidad de horas semanales)

PRESTACION: APOYO a la INCLUSIÓN (cognitivo, Psicopedagogo, Prof. Educación Especial, Psicólogos).

En la Institución Educativa: _____ horas/semana
Apoyo Escolar a contra turno: _____ horas/semana

OTROS:

Inscripción * Cuota escolar _____ horas/semana
Diagnóstico Prof. Educación Especial _____ horas/semana

- a) INCLUSIÓN por Hora: en casos que reciba Apoyo parcial, tope de 30 horas reloj mensuales.
b) INCLUSIÓN por Módulo: Apoyo a la inclusión educativa por más de 30 horas reloj, mensuales.



MISIONES

Más Prevención = Más Salud



INSTITUTO DE
PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

HISTORIA CLINICA

AFILIADO con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA.

5- TRATAMIENTO (MEDICAMENTOS, COMPLEMENTOS y/o SUPLEMENTOS DIETARIOS y ELEMENTOS PROTESICOS y/u ORTESICOS).

MEDICACION

(Prescribir por Denominación Genérica Internacional – D.G.I.)

- 1) _____ mg (cantidad de comprimidos, u otra presentación x mes)
- 2) _____ mg (idem)
- 3) _____ mg (idem)
- 4) _____ mg (idem)
- 5) _____ mg (idem)
- 6) _____ mg (idem)
- 7) _____ mg (idem)
- 8) _____ mg (idem)
- 9) _____ mg (idem)
- 10) _____ mg (idem)

ELEMENTOS PROTESICOS y/u ORTESICOS

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

(Lugar y Fecha)

_____ / _____ / _____

Firma y Sello del Profesional

Observación: La planilla de HISTORIA CLÍNICA tiene validez por 1 (un) año a partir de la fecha de Emisión por el Médico y el original SIEMPRE queda para el Afiliado debiendo presentar solo FOTOCOPIA cada vez que solicita un Reintegro.



MISIONES



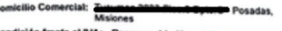
Más Prevención = Más Salud



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL MISIONES

FACTURA REINTEGRO



ORIGINAL

		C COD. 611	FACTURA	
Razón Social: 		Punto de Venta: 00002 Comp. Nro: 00000259		
Domicilio Comercial:  Posadas, Misiones		Fecha de Emisión: 30/06/2023		
Condición frente al IVA: Responsable Monotributo		CUIT: 23308892564		
Período Facturado Desde: 01/06/2023 Hasta: 30/06/2023		Fecha de Inicio de Actividades: 01/03/2016		
Fecha de Vto. para el pago: 31/07/2023		Domicilio: SARMENTO 1420		
DNI: 5657339		Apellido y Nombre / Razón Social: PEREZ MARTINIANO BENJAMIN		
Condición frente al IVA: Comunitario Final		Domicilio: SARMENTO 1420		
Condición de venta: Contado				


Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Base	Imp. Base	Subtotal
	Honorarios profesionales por sesiones de Psicopedagogía al niño Respon <small>alumno. Día 01/06/2023 Durante el mes de junio de 2023</small>	12,00	sesiones	3856,58	0,00	0,00	46283,76

Subtotal: \$ 46283,76
Importe Otros Tributos: \$ 0,00
Importe Total: \$ 46283,76

Pág. 1/1 CAE N°: 73274242562911
Fecha de Vto. de CAE: 10/07/2023

Comprobante Autorizado

Esta Administración Federal no es responsable por los datos ingresados en el detalle de la operación



- DISCAPACIDAD
- Datos de Contacto:
- Fijo: 03764-4447730
- Whatsapp: 03764-409193