

Instructivo **discapacidad** 2016



SWISS MEDICAL
M E D I C I N A P R I V A D A

ÍNDICE

Importante	Página N° 1 - 2
Documentación básica	Página N° 3
Rehabilitación ambulatoria	Página N° 4 - 6
Rehabilitación ambulatoria (estimulación temprana)	Página N° 7- 9
Escolaridad especial	Página N° 10 - 11
Módulo de maestra de apoyo	Página N° 12 - 13
Módulo de apoyo a la integración escolar	Página N° 14 - 15
Centro educativo terapéutico / Centro de día	Página N° 16 - 17
Transporte	Página N° 18 - 19

ANEXOS

Anexo I Resumen de historia clínica	Página N° 20
Anexo II Tabla FIM	Página N° 21 -27
Anexo III Consentimiento informado bilateral	Página N° 28-29
Anexo IV Consentimiento informado bilateral transporte	Página N° 30
Anexo V Planilla de asistencia	Página N° 31
Anexo VI Cronograma de asistencia	Página N° 32
Anexo VII Acta de acuerdo de maestra de apoyo	Página N° 33
Anexo VIII Acta de acuerdo de apoyo a la integración escolar (equipo)	Página N° 34
Anexo IX Solicitud de acreditación de reintegros en cuenta bancaria	Página N° 35
Anexo X Modelo de presupuesto de tratamientos con profesionales particulares	Página N° 36
Anexo XI Modelo de presupuesto de institución	Página N° 37
Anexo XII Modelo de presupuesto módulo de maestra de apoyo	Página N° 38
Anexo XIII Modelo de presupuesto módulo de apoyo a la integración escolar (equipo)	Página N° 39
Anexo XIV Modelo de presupuesto de transporte	Página N° 40
Anexo XV Nota de recepción del instructivo	Página N° 41

IMPORTANTE

1. Debe entregar toda la documentación completa.
2. "Si en años anteriores las prestaciones por discapacidad fueron brindadas por su obra social; para el año 2016 deberán renovar la autorización según los circuitos establecidos por la obra social correspondiente".
3. Cabe destacar que se considera persona discapacitada dependiente a toda persona que requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana: higiene, vestido, alimentación. El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años.
4. El resumen de historia clínica y la orden médica NO pueden ser realizados por un médico de la institución en la que realizara el tratamiento y tienen que estar confeccionados por separado.
5. Recuerde si en el resumen de historia clínica tiene una dependencia funcional deberá adjuntar Tabla FIM ANEXO II (Pág. N° 21 a 27).
6. Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador presupuesta y detalla en el plan de trabajo.
7. "Tratamiento Cognitivo Conductual": Consiste en una de las vías del abordaje del tratamiento psicológico.
8. "Centro Educativo Terapéutico": La edad para la concurrencia es entre los 4 años y 24 años.
9. Las coberturas de prestaciones por **Discapacidad** caducarán el 31 de diciembre de 2016, debiéndose retirar nuevamente el **instructivo vigente** para la renovación del próximo año.
10. Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad, para solicitar la cobertura de las prestaciones está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.
11. Eventualmente la auditoría médica solicitará documentación/información ampliatoria por las prestaciones solicitadas.
12. Todo cambio de profesional tratante deberá ser solicitado y justificado por el médico de cabecera y presentar toda la documentación del nuevo profesional designado.
13. El cambio de prestador en las prestaciones educativas deberá ser solicitado y justificado por el médico de cabecera y adjuntar la documentación correspondiente del nuevo prestador.
14. El RNP (Registro nacional de Prestadores) presentado debe coincidir con el de la facturación del

profesional prestador, nacional o provincial.

15. Solicitud de reintegros

- a.** Para comenzar con la gestión de reintegro deberá adjuntar el formulario de **ANEXO IX (Pág. N° 35)** con todos los datos solicitados en el mismo.
- b.** Para poder confeccionar correctamente la factura de reintegro, solicitar los requisitos de la Norma de Swiss Medical para la percepción de reintegros en cualquiera de nuestras sucursales o bien consultar el sitio web **www.swissmedical.com.ar**, sección Gestión de Reintegros. Ante cualquier duda o inquietud, puede comunicarse a nuestra línea de información 24hs. 0810-444-7700.
- c.** En toda prestación que se brinde por reintegro, se deberá entregar adjunto a la factura del prestador correspondiente, la planilla de asistencia conformada por el socio o representante y el profesional prestador tratante. Debe haber total coincidencia entre las sesiones facturadas con las detalladas en la planilla. Modelo **ANEXO V (Pág. N° 31)**.

16. Facturación

- d.** Factura "B": Se requiere la presentación del recibo que es lo que acredita el pago de la factura, con el CAI vigente.
- e.** Factura ó Recibo "C" pueden ser presentadas. Una de las dos opciones indistintamente.
- f.** En la gestión de reintegro por transporte (Resolución 1511/2012) se deberá exigir en la factura del transportista, "B" o "C", el siguiente detalle:

- Cantidad de Viajes
- Punto de Partida / Punto de Destino
- Cantidad de kilómetros recorridos
- Indicar si es con dependencia SI / NO
- Valor del Km (\$)

17. Recuerde: El resumen de historia clínica, orden médica y los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.

18. Nota de conformidad de recepción del instructivo de discapacidad Año 2016 **ANEXO XV (Pág. N° 41)**.

DOCUMENTACIÓN BÁSICA

Deberá presentar:

- **Resumen de historia clínica**, realizada por el médico tratante, con firma y sello del profesional. La misma deberá estar confeccionada en el formulario que adjuntamos, incluyendo la siguiente información:
 - Fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio de la prestación
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 - Nacionalidad
 - Domicilio
 - Nombre y Apellido de la Madre, Padre, Tutor o Encargado

Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso, lo encontrará en el **ANEXO I (Pág. N° 20)**.

- **Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad**: Dicho certificado deberá estar vigente. Si estuviera vencido deberá adjuntar una fotocopia del comprobante del turno para su renovación.
- **Cronograma de asistencia a prestaciones solicitadas**, indicando días, horarios y duración de las sesiones. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso, **ANEXO VI (Pág. N° 32)**.
- **Constancia de alumno regular** año 2016, si se solicitaran prestaciones educativas.
- **Tabla FIM** (Medida de Independencia Funcional), tendrá que presentarlo sólo para casos de pacientes dependientes, deberá ser completado y firmado por el médico tratante. Utilizar formulario FIM **ANEXO II (PÁG. N° 21 a 27)**, completarlo en su totalidad incluyendo la escala numérica de puntuación.

TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

Los tratamientos de rehabilitación podrán ser psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, psicomotricidad, estimulación temprana, etc.

Deberá presentar:

- **Orden médica**, prescripta por el médico tratante o de cabecera; debiendo presentar una orden por cada prestación solicitada. (**Ejemplo: Una orden médica para Fonoaudiología: 2 sesiones semanales, y otra orden médica para Psicología: 1 sesión semanal**).
- Detallar la prestación solicitada, frecuencia semanal y/o mensual (**Ej. Fonoaudiología 2 sesiones semanales**).
- Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- Indicar período por el que solicita la prestación (**Ej. enero 2016 a diciembre 2016**).
- Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el profesional actuante. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso **ANEXO III (Pág. N° 28 a 29)**.
- **Plan de trabajo**, para cada prestación solicitada, confeccionado y firmado por el profesional que lo llevará a cabo. Tendrá que:
 - Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
 - Indicar datos del socio para el que se solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del Socio
 - Sexo
- **Presupuesto original según ANEXO X (Pág. N° 36)**, deberá presentar un presupuesto para cada prestación solicitada, debe estar confeccionado y firmado por la institución o el profesional que llevará

a cabo el tratamiento.

1. Indicar datos del socio para el que se solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del Socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del Socio
 - Sexo
 - Nacionalidad
 2. Indicar la cantidad de sesiones que se brindarán semanalmente y/o mensualmente para cada prestación.
 3. Puntualizar el valor individual y mensual de las prestaciones.
 4. Especificar los meses del año que abarcará la prestación.
 5. Indicar los días, horarios y duración de las sesiones. El tiempo reconocido de sesión es de 60 minutos.
 6. Señalar el domicilio donde se brinda el tratamiento. Firmada y sellada por el profesional o el responsable de la institución.
- **Constancia de trabajo coordinado:** Si la prestación no la diese un equipo debe presentar informe coordinado entre los profesionales.
 - **Constancia de inscripción de AFIP (CUIT),** deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gov.ar emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.
 - Si la prestación fuera brindada **por una institución** deberá agregar a la documentación antes mencionada:
 - o Inscripción de la Institución en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) como Centro de Rehabilitación. Y /o acreditación extendida por el Servicio Nacional de Rehabilitación.
 - Si la prestación fuera brindada **por un profesional** deberá agregar a la documentación antes mencionada:
 - o Título habilitante universitario y/o terciario.
 - o Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) del profesional, actualizada al período de tratamiento, para los profesionales que lo requieren, según lo establecido por el Ministerio de Salud.
 - o Seguro de mala praxis del profesional.

- Las prestaciones en domicilio se autorizarán únicamente por excepción en caso que el diagnóstico y la situación del paciente le impidan el traslado a rehabilitación. Para la evaluación de auditoría médica deberá presentar:
 - Justificación médica del tratamiento domiciliario, confeccionada por el médico tratante.

ACLARACIÓN: Los profesionales que requieren inscribirse en el RNP son: los psicólogos, los fonoaudiólogos, los kinesiólogos y los terapeutas ocupacionales. El tiempo reconocido por sesión es de 60 minutos.

TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

Módulo de Estimulación Temprana

Este módulo está indicado para niños/as entre 0 a 4 años, eventualmente hasta 6 Años, tiene un máximo de 3 sesiones semanales.

Esta prestación deberá ser brindada por una institución acreditada y estar a cargo de un terapeuta en Estimulación Temprana, en el marco de un equipo interdisciplinario. Se deberá aclarar la frecuencia semanal de dicha práctica y los distintos profesionales intervinientes.

De acuerdo a la **resolución 1328/06**, el equipo básico que brindará la prestación estará conformado por:

- Médico pediatra y/o neurólogo infantil.
- Terapeuta especializado en Estimulación Temprana, con título de posgrado a partir de su título habilitante (Fonoaudiólogo - Psicopedagogo - Psicólogo - Kinesiólogo - Psicomotricista - Terapeuta Ocupacional - etc.) o profesores en educación especial con especialización o tecnicatura en estimulación temprana con título oficial.

Deberá presentar:

- **Orden Médica**, prescripta por el médico tratante. Tendrá que:
 - Detallar todas las prestaciones solicitadas.
 - Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
 - Indicar período por el que solicita la prestación (enero 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 - Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el profesional actuante. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso **ANEXO III (Pág. N° 28 a 29)**.
- **Plan de trabajo**, confeccionado y firmado por el equipo interdisciplinario o institución que lo llevará a cabo. Tendrá que:
 - Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

- Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo

- **Presupuesto original Según ANEXO XI (Pág. N° 37)**, confeccionado y firmado por la institución o el equipo de profesionales que la llevará a cabo.
 1. Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
 2. Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 3. Indicar la cantidad de sesiones que se brindarán mensualmente.
 4. Puntualizar el valor individual y mensual de las prestaciones.
 5. Especificar los meses del año que abarcará la prestación.
 6. Indicar el CUIT de la institución.
 7. Indicar el domicilio de facturación de la institución.

- **Constancia de trabajo coordinado:** Si la prestación no la diese un equipo, debe presentar informe coordinado entre los profesionales.

- **Constancia de inscripción de AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gov.ar emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

Si la prestación es brindada por un equipo interdisciplinario en el Interior del país:

- Listado de los profesionales intervinientes.
- Título habilitante universitario y/o terciario.
- Título de especialización del profesional en estimulación temprana.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de cada uno de los profesionales

actualizada al período de tratamiento, para los profesionales que lo requieren según lo establecido por el Ministerio de Salud.

Si la prestación es brindada en una institución:

- Inscripción de la institución en el Registro Nacional de Prestadores como Centro de Estimulación Temprana.
- Seguro de mala praxis

PRESTACIONES EDUCATIVAS

Escolaridad inicial / Escolaridad especial / Escolaridad con formación laboral

A. Solicitud de concurrencia a instituciones educativas

Deberá presentar:

- **Orden médica**, prescrita por el médico tratante. Tendrá que:
 - o Detallar todas las prestaciones educativas solicitadas.
 - o Indicar fecha de confección/emisión. La fecha deberá ser anterior al inicio del período escolar.
 - o Indicar jornada (doble o simple).
 - o Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 - o Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 - Nacionalidad
- **Constancia de alumno regular** del socio que recibe la prestación.
- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el prestador responsable. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso **ANEXO III (Pág. N° 28 a 29)**.
- **Plan de trabajo**, firmado por los directivos de la institución o por el representante legal. Tendrá que:
 - o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del período escolar.
 - o Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 - Nacionalidad
- **Presupuesto original** Según ANEXO XI (Pág. N° 37), deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.

1. Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio de la prestación.
2. Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
3. Indicar jornada (doble o simple).
4. Indicar si incluye almuerzo y colaciones.
5. Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
6. Indicar el CUIT de la institución.
7. Indicar el domicilio de facturación de la institución.

- **Categorización de la Institución** expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación (Texto Completo) correspondiente a la prestación presupuestada.
- **Constancia de inscripción de AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gov.ar emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.
- Fotocopia del CUIT de la institución.

PRESTACIONES EDUCATIVAS

Módulo de Maestra/o de apoyo

Solicitud de Módulo de maestra/o de apoyo

Profesional individual a cargo de esta prestación: Quien brinde esta prestación deberá poseer título afín a la pedagogía. No se aceptaran como maestros de apoyo a psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, músico terapeutas, docentes de nivel inicial.

Deberá presentar:

- Orden médica, prescripta por el médico tratante. Tendrá que:
 - o Detallar la prestación solicitada (Módulo de maestro de apoyo).
 - o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
 - o Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 - o Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 - Nombre completo de la escuela común y domicilio del mismo.
- **Constancia de alumno regular** del socio que recibe la prestación.
- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el profesional actuante. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso **ANEXO III (Pág. N° 28 a 29)**.
- **Plan de trabajo de maestra/o de apoyo** firmado por maestra/o de apoyo, indicando:
 - o Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
 - o Domicilio donde se brinda la prestación
 - o Datos de la escuela:
 - Nombre
 - Dirección
 - Turno de asistencia
 - Grado

- Presupuesto original Según **ANEXO XII (Pág. N° 38)**, firmado por maestro de apoyo. Tendrá que:
 1. Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio de la prestación.
 2. Indicar datos del socio para el que se solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 - Nacionalidad
 3. Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 4. Indicar si es por módulo o por hora.
 5. Indicar el CUIT del maestro/a que facture por la prestación.

- **Acta de acuerdo de maestra/o de apoyo**, que cuente con el membrete y sello de la institución educativa, firmada por todas las partes intervinientes: directivos de la escuela, maestro de apoyo y padres. Adjuntamos modelo como ejemplo a tener en cuenta en **ANEXO VII (Pág. N° 33)**.
- **Adaptación curricular:** Podrá presentarse hasta 3 meses después de comenzada la prestación. En caso de que no sea presentada en dicho plazo, no se efectuarán los pagos correspondientes o será discontinuada la prestación.
 - Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
 - Domicilio donde se brinda la prestación
 - Datos de la escuela:
 - Nombre
 - Dirección
 - Turno de asistencia
 - Grado

- **Título** habilitante universitario y/o terciario
- **Constancia de inscripción de AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gov.ar emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

PRESTACIONES EDUCATIVAS

Módulo de apoyo a la integración escolar (Equipo interdisciplinario)

Solicitud de módulo de apoyo a la integración escolar (Equipo interdisciplinario)

Institución o equipo de profesionales acreditados en el Servicio Nacional de Rehabilitación.

Deberá presentar:

- **Orden médica**, prescrita por el médico tratante. Tendrá que:
 - o Detallar la prestación solicitada (**Módulo de apoyo a la integración escolar**)
 - o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
 - o Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 - o Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
- **Constancia de alumno regular** del socio que recibe la prestación.
- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el prestador responsable.

Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso **ANEXO III (Pág. N° 28 a 29)**.

- **Proyecto de integración**, (Plan de trabajo). Deberá estar firmado por el responsable de la institución y por los profesionales que conforman el equipo, indicando:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 - Nombre completo de la escuela común y domicilio de la institución
- **Presupuesto original según ANEXO XIII (Pág. N° 39)**, deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.
 1. Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio de la prestación.
 2. Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación

- N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 - 3. Indicar período por el que solicita la prestación (marzo 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 - 4. Indicar el CUIT de la institución o del equipo que facture por la prestación.
- **Acta acuerdo de integración**, deberá contener el membrete y sello de la institución educativa, firmada por todas las partes intervinientes: directivos de la escuela, responsable de la institución y equipo y padres.

Adjuntamos modelo como ejemplo a tener en cuenta en **ANEXO VIII (Pág. N° 34)**.

- **Adaptación curricular:** Podrá presentarse hasta 3 meses después de comenzada la prestación. En caso de que no sea presentada en dicho plazo, no se efectuarán los pagos correspondientes. Deberá indicar:
- Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia).
 - Domicilio donde se brinda la prestación.
 - Datos de la escuela:
 - Nombre
 - Dirección
 - Turno de asistencia
 - Grado
- Acreditación de la institución o equipo expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Constancia de inscripciones de **AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gov.ar emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

PRESTACIONES TERAPÉUTICO - EDUCATIVAS

Centro de día /Centro educativo terapéutico

Las prestaciones terapéutico-educativas podrán ser entre otras: **Centro de Día (CD)**, **Centro Educativo Terapéutico (CET)**.

Deberá presentar:

- **Orden médica**, prescripta por el médico tratante. Tendrá que:
 - o Detallar todas las prestaciones solicitadas.
 - o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
 - o Indicar jornada (doble o simple).
 - o Indicar período por el que solicita la prestación (enero 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 - o Si es dependiente adjuntar Tabla FIM **ANEXO II (Pág. N° 21 a 27)**.
 - o Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 - Categoría
- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el prestador responsable. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso **ANEXO III (Pág. N° 28 a 29)**.
- **Tabla FIM, ANEXO II (Pág. N° 21 a 27)**.
- **Plan de trabajo**, deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.

Tendrá que:

- o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
- o Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
- **Presupuesto original Según ANEXO XI (Pág. N° 37)**, deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.

Tenga en cuenta la siguiente información para presentar el presupuesto:

1. Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio de la prestación.
 2. Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 3. Indicar jornada (doble o simple).
 4. Indicar si incluye almuerzo y colaciones.
 5. Indicar si es dependiente.
 6. Indicar período por el que solicita la prestación (enero 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 7. Indicar el CUIT de la institución.
 8. Indicar el domicilio de facturación de la institución.
- **Categorización de la Institución** expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación (Texto Completo) de acuerdo a la prestación presentada.
 - **Constancia de inscripciones de AFIP (CUIT)**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gov.ar emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

TRANSPORTE ESPECIAL A LAS TERAPIAS Y/O ESCOLARIDAD

Esta prestación será otorgada únicamente en el caso que el socio se encuentre imposibilitado de trasladarse en los medios públicos de transporte. Se cubrirá los traslados de ida y vuelta del socio que requiera la prestación a centros de rehabilitación e instituciones educativas. Los kilómetros autorizados serán los que se determinen según el destino de acuerdo a la información que brinda Google Maps.

Deberá presentar:

- **Orden médica**, prescrita por el médico tratante. Tendrá que:
 - o Detallar los traslados a las prestaciones solicitadas.
 - o Si es dependiente adjuntar Tabla **FIM ANEXO II (Pág. N° 21 a 27)**.
 - o Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.
 - o Indicar período por el que solicita la prestación (enero 2016 a diciembre 2016, por ejemplo).
 - o Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo

- **Consentimiento Informado**, suscripto por el paciente o su representante y el prestador responsable. Adjuntamos el formulario modelo que deberá usar en este caso. **ANEXO IV (Pág. N° 30)**.
- **Presupuesto Según ANEXO XIV (Pág. N° 40)**, firmado y aclarado por el responsable de la empresa de transporte. Tendrá que:
 1. Indicar fecha de confección. La fecha deberá ser anterior al inicio de la prestación.
 2. Indicar datos del socio para el que solicita la prestación:
 - Nombre y apellido del socio que recibe la prestación
 - N° de DNI
 - Edad del socio
 - Sexo
 3. Indicar los meses del año que abarcará el servicio.
 4. Punto de origen.

5. Punto de destino.
6. Especialidad a cual se traslada.
7. El kilometraje diario y mensual recorrido.
8. Monto valor mensual.
9. Monto valor del kilómetro.
10. El lugar de origen (consultorio psicóloga, institución educativa, etc.) detallando el domicilio y destino final del viaje.
11. Indicar los días de los traslados.
12. Indicar si es con dependencia.
13. El CUIT de la empresa de transporte y/o del transportista.

- **Habilitación municipal de la empresa de transporte o transportista vigente.** Si venciera durante el corriente año deberá presentar la renovación para evitar inconvenientes con los reintegros.
- **Licencia del conductor, vigente.**
- **Póliza del seguro del transporte vigente.** Si venciera durante el corriente año deberá presentar la renovación para evitar inconvenientes con los reintegros.
- **Constancia de inscripción de AFIP (CUIT),** deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gov.ar emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

Dependencia: Se considerará en los casos en los que el transportista deba realizar tareas de asistencia para subir o bajar del transporte. Para confirmar la dependencia deberá presentar el Formulario FIM (Anexo II), tal como se describe en la página 1.

The page features a red header at the top. Below it, a light gray wavy line is followed by a white space containing a red dotted line. The word "Anexos" is centered in this space. At the bottom, another white space contains a red dotted line, followed by a light gray wavy line and a gray footer.

Anexos

Resumen de historia clínica

Apellido y nombre		Fecha
Fecha de nacimiento	Edad	D.N.I.
Domicilio		
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado		
1 - Diagnóstico/Capacidad funcional (sensorial, mental, motora)		
2 - Antecedentes significativos de la historia clínica		
3 - Datos significativos del examen clínico / evolución del paciente en el último año		
4 - Valoración por escala FIM / puntaje total (Completar ficha)		
En relación a alimentación / vestido / limpieza		
	Dependiente	<input type="checkbox"/>
	Autoválido	<input type="checkbox"/>
Fecha:	Firma:	Sello:

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y nombre:
DNI:
Diagnóstico:
Edad:
Institución:
Fecha de ingreso a la institución:
Modalidad:

Deberá ser completada por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con historia clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la auditoría médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de auditoría en terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Auditoría

--

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total.	7
Independiente con adaptaciones.	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Sólo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Sólo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	1 ALIMENTACIÓN	
2	2 ASEO PERSONAL	
3	3 BAÑO	
4	4 VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	5 VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	6 USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFÍNTERES	
7	7 CONTROL DE INTESTINOS	
8	8 CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	9 TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	10 TRASFERENCIA AL BAÑO	
11	11 TRASFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCIÓN	
12	12 MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	13 ESCALERAS	
	COMUNICACIÓN	
14	14 COMPRENSIÓN	

15	15 EXPRESIÓN	
	CONEXIÓN	
16	16 INTERACCIÓN SOCIAL	
17	17 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	18 MEMORIA	
	PUNTAJE FIM TOTAL	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

.....

.....

.....

.....

2. ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

.....

.....

.....

.....

3. HIGIENE

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

.....

.....

.....

.....

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....

.....

.....

.....

5. VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....

.....

.....

.....

6. USO DEL BAÑO

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

.....

.....

.....

.....

7. CONTROL DE INTESTINOS

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo: catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

.....

.....

.....

.....

8. CONTROL DE VEJIGA

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

.....

.....

.....

.....

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié. Grado de participación del paciente.

.....

.....

.....

.....

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

.....

.....

.....

.....

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

.....

.....

.....

.....

12. MARCHA/SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar. Implica subir y bajar escalones.

.....

.....

.....

.....

13. COMPRENSIÓN

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc.

.....

.....

.....

.....

14. EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....

.....

.....

.....

15. INTERACCIÓN SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

.....

.....

.....

16. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos.

.....

.....

.....

.....

17. MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

.....

.....

.....

.....

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha:

Firma y sello de Profesionales intervinientes

_____/_____
(Lugar y fecha)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (*) _____ DNI: _____,
en mi carácter de (vínculo) (*) _____ de _____ DNI: _____

he sido informado de la necesidad de recibir/que reciba (tache lo que no corresponda) las prestaciones de rehabilitación, educativas y/o de apoyo por padecer patologías discapacitantes.

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito de la prestación a realizar, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Asimismo, se me ha explicado las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el mismo, ya que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para la realización de las prestaciones básicas de atención integral a favor de personas con discapacidad.

Firma del Paciente o Tutor: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento /tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

Creo que el Sr/Sra. _____ ha comprendido completamente lo explicado y contestado.

Firma del prestador: _____

Aclaración: _____

Nro. de matrícula: _____

(*) En caso de ser el titular, completar sólo el primer renglón. En caso de ser menor o no estar habilitado para firmar el consentimiento, deberá completar todo el párrafo su representante (Padre/madre/tutor).

Consentimiento informado bilateral de transporte

_____, ____ de _____ de 201__

S _____ / _____ D

En mi carácter de (vínculo)

..... de.....

(Padre, madre, ó tutor)

(Apellido y nombre)

DNI N°..... doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el traslado a:

..... *(Ej.: Kinesiología, Fonoaudiología, CD, CET, etc.)*

Desde: _____

Hasta: _____

Cantidad de Kms. diarios: _____ Mensuales: _____

El mismo se realice a cargo de: _____

(Prestador)

Dependencia SI NO

(Marcar lo que corresponde)

Para el periodo: _____

Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido. Presto conformidad a su realización.

SOCIO

Firma del padre, madre o tutor: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

PRESTADOR

Sello del prestador

Firma del prestador/transportista: _____

Aclaración: _____

Documento: _____



CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Para hacer un seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma, indicando:

A) En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el socio recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. Se recuerda que el tiempo reconocido por sesión es de 60 minutos.

B) En los ítems DÍAS, el día en que recibe la prestación y el nombre de la misma.

Nombre y Apellido del beneficiario que recibe la prestación: _____

Tipo y Número de Documento: _____

HORARIO		DÍAS						
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
--/--	--/--							
--/--	--/--							
--/--	--/--							
--/--	--/--							
--/--	--/--							
--/--	--/--							
--/--	--/--							
--/--	--/--							

Firma (madre, padre, tutor legal)

Aclaración

Nº de Documento

.....,/...../.....

ACTA DE ACUERDO DE MAESTRA/O DE APOYO

En la ciudad de _____ a los ___ días del mes de _____ de _____, en la sede del establecimiento _____ se establece un común acuerdo entre el nombrado establecimiento, el personal privado no docente _____ y la familia del/de la: _____

Las autoridades del establecimiento conocen y comparten el proyecto del maestra/o de apoyo.

Los padres se comprometen a respetar los horarios de entrada y salida haciéndose también responsable del traslado del/de la alumno/a.

El trabajo de la maestra/o de apoyo se realiza entre el establecimiento educativo y la maestra/o de apoyo, siendo todos responsables de la elaboración, ejecución y evaluación del proyecto. Es por esta que todo cambio o propuesta será llevado a cabo con el consentimiento de cada una de las partes.

Será causal de cierre del proyecto maestra/o de apoyo el no cumplimiento de las orientaciones dadas por los actores involucrados, o que no se vean avances en los aprendizajes del/de la alumno/a.

ESCUELA: _____

AÑO / CICLO: _____

TURNO: _____

.....
FIRMA/SELLO	FIRMA/SELLO	FIRMA
ACLARACIÓN D.N.I.	ACLARACIÓN D.N.I.	ACLARACIÓN D.N.I.
INSTITUCION	PRESTADOR RESPONSABLE	PADRE-MADRE O TUTOR

.....,/...../.....

ACTA DE ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO INTERDISCIPLINARIO)

En la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ de _____, en la sede del establecimiento _____ se establece un común acuerdo entre el nombrado establecimiento, el personal privado no docente (integradora) _____ y la familia del/de la : _____.

Las autoridades del establecimiento conocen y comparten el proyecto de apoyo a la integración escolar.

Los padres se comprometen a respetar los horarios de entrada y salida haciéndose también responsable del traslado del/de la alumno/a.

El trabajo de apoyo a la integración escolar se realiza entre el establecimiento educativo y la integradora y su equipo de trabajo, siendo todos responsables de la elaboración, ejecución, y evaluación del proyecto. Es por esta que todo cambio o propuesta será llevado a cabo con el consentimiento de cada una de las partes.

Será causal de cierre de proyecto de integración escolar el no cumplimiento de las orientaciones dadas por los actores involucrados en la integración escolar a la familia, o que no se vean avances en los aprendizajes del/de la alumno/a.

ESCUELA: _____

AÑO / CICLO: _____

TURNO: _____

.....

FIRMA/SELLO	FIRMA/SELLO	FIRMA
ACLARACION D.N.I.	ACLARACION D.N.I.	ACLARACION D.N.I.
INSTITUCION	PRESTADOR RESPONSABLE	PADRE-MADRE O TUTOR

Fecha: __/__/__



SWISS MEDICAL
M E D I C I N A P R I V A D A

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE REINTEGROS EN CUENTA BANCARIA

Por medio de la presente solicito que los importes que me correspondan en concepto de pago de reintegros y/o gastos sean acreditados mediante el Sistema de Acreditación de Reintegros en Cuenta Bancaria.

Estos importes deberán acreditarse en la cuenta corriente / caja de ahorro detallada a continuación:

Nombre del Titular de la Cuenta Bancaria: _____

CUIT/CUIL del Titular de la Cuenta Bancaria: _____

CBU N°: _____

Las instrucciones precedentes serán válidas mientras no exista notificación fehaciente de mi parte respecto de cambios totales o parciales (Ej.: cambio, cierre o modificación de cuenta).

Nombre del Titular de Grupo Familiar: _____

Observaciones: _____

N° de Socio: _____

Teléfono (para cualquier aclaración): _____

Firma
Titular del Grupo Familiar

Firma Representante
Swiss Medical Medicina Privada

Anexo X

.....: / /

(Localidad y fecha completa)

PRESUPUESTO DE TRATAMIENTOS CON PROFESIONALES PARTICULARES

Socio (apellido y nombre completo):

Tipo y nº de documento: (.....).....

Especialidad/tipo de prestación:

Período solicitado: /2016 hasta/2016

Cantidad de sesiones semanales:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor de la sesión: \$.....

Monto mensual: \$.....

Observaciones:

Apellido y nombre del profesional:

Especialidad/tipo de prestación:

Domicilio:

Localidad: Provincia:.....

Teléfono/s fijo y Tel. celular:

Email:.....

Nº de C.U.I.T.:

Condición frente al I.V.A.:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: marcar con "x" los días que correspondan

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

.....
Firma y sello del prestador

.....
Aclaración /D.N.I./ nº de matrícula

Anexo XI

..... : / /

(Localidad y fecha completa)

PRESUPUESTO DE INSTITUCIÓN

Socio (apellido y nombre completo):

Tipo y nº de documento: (.....).....

Nombre de la institución:

Modalidad prestacional:

Categoría:

Tipo de jornada:..... Incluye colación y almuerzo: SI NO

(Marcar lo que corresponda)

Período solicitado: /2016 hasta...../2016

Monto mensual: \$.....

Dependencia de terceros: SI NO (MARCAR LO QUE CORRESPONDE)

Observaciones:

Domicilio:

Localidad:Provincia:.....

Teléfono/s fijo y Tel. celular:

Email:.....

Nº de C.U.I.T.:

Condición frente al I.V.A.:

.....
Firma y sello del responsable

.....
Aclaración / DNI

Anexo XII

.....: / /

(Localidad y fecha completa)

PRESUPUESTO PARA MODULO DE MAESTRO DE APOYO

Socio (apellido y nombre completo):.....

Tipo y n° de documento: (.....).....

Período solicitado: /2016 hasta..... /2016

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto mensual: \$.....

Observaciones:

Apellido y nombre del profesional:

Especialidad/tipo de prestación:

Domicilio:

Localidad: Provincia:.....

Teléfono/s fijo y Tel. celular:

Email:.....

N° de C.U.I.T.:

Condición frente al I.V.A.:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: completar los días y el horario que correspondan

LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
De	hs.	De	hs.	De	hs.	De	hs.	De	hs.
Hasta	hs.	Hasta	hs.	Hasta	hs.	Hasta	hs.	Hasta	hs.

.....
Firma y sello del prestador

.....
Aclaración / D.N.I. / n° de matrícula

Anexo XIII

..... : / /

(Localidad y fecha completa)

PRESUPUESTO PARA MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

Socio (apellido y nombre completo):.....

Tipo y N° de Documento: (.....).....

Período solicitado: / 2016 hasta...../2016

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto mensual: \$.....

Observaciones:

Apellido y nombre del profesional:

Especialidad/tipo de prestación:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfono/s fijo y Tel. celular:

Email:.....

N° de C.U.I.T.:

Condición frente al I.V.A.:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: completar los días y el horario que correspondan

LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
De	hs.	De	hs.	De	hs.	De	hs.	De	hs.
Hasta	hs.	Hasta	hs.	Hasta	hs.	Hasta	hs.	Hasta	hs.

.....
Firma y sello del responsable

.....
Aclaración / D.N.I.

Anexo XIV

..... / /
(Localidad y fecha completa)

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Socio (apellido y nombre completo):

Tipo y nº de documento: (.....).....

Transporte especial a (tipo de prestación solicitada):

Período solicitado: /2016 hasta...../2016

Kms. diarios: Kms. mensuales:

Monto mensual: \$.....Monto por km.: \$.....

Domicilio de partida:

Domicilio de destino:

(DEBE COINCIDIR CON EL DOMICILIO DECLARADO EN LOS PRESUPUESTOS DE LAS INSTITUCIONES O DE LOS PROFESIONALES PARTICULARES)

Cronograma de traslados: Marcar con (X) los días que correspondan

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

Solicita dependencia de terceros: SI NO
(Marcar lo que corresponda)

Observaciones:

Prestador:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfono/s fijo y Tel. celular:

Email:

Nº de C.U.I.T.:

Condición frente al I.V.A.:

.....
Firma y Sello del Responsable

.....
Aclaración / DNI

En la ciudad de _____ a los ___ días del mes de _____ de 20__

Estimado socio:

Por medio de la presente, dejamos constancia que se le ha entregado el instructivo del año 2016 para la presentación de la documentación de discapacidad.

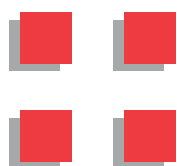
Atentamente,

Recibido fecha:

Firma

Aclaración

D.N.I.



SWISS MEDICAL

M E D I C I N A P R I V A D A