



Departamento de Evaluación y Control de Tratamientos para Patologías Especiales.

Buenos Aires,.....

El que suscribe
DNI/CI/LE/LC
En carácter de
Domicilio particular Calle: Piso: Depto:
Localidad:Provincia:
Teléfono:E-Mail:

SOLICITA LA INCLUSION en el PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE:

Apellido del beneficiario
Nombre del beneficiario
DNI/CI/LE/LC
Fecha de nacimiento
Nacionalidad
Estado civil
Domicilio particular
Número de afiliado
Diagnóstico
Efectuado por
Institución
Fecha del diagnóstico

Asimismo **ACEPTA PARA SU INCLUSION AL PROGRAMA** el cumplimiento de los siguientes requerimientos y normas:

1. El beneficiario o su representante legal reconoce que la inclusión y cobertura en el Programa peticionada, no es obligatorio para la DAS, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades

- presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia en tanto el beneficiario haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento.
2. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno a favor del beneficiario o su representante legal.
 3. Las inclusiones de los módulos son los únicos beneficios que pueden peticionar y los valores son topes máximos de precio a cubrir.
 4. El beneficiario o su representante legal declina de efectuar presentaciones referente a solicitud de coberturas por fuera de las inclusiones, condiciones y/o prestadores específicos, como también de tramitar reintegros por pagos efectuados por fuera de los topes establecidos.
 5. La presente solicitud se encuentra acompañada de la siguiente documentación:
 - A. Fotocopia de DNI o CI del beneficiario.
 - B. Fotocopia de DNI o CI del padre, tutor o representante legal del beneficiario mismo.
 - C. Fotocopia del carnet de afiliación del beneficiario.
 - D. Certificado de diagnóstico, tratamiento y evaluación efectuada por profesionales de la red de prestadores de la DAS, avalando la necesidad del mismo fundada en los hechos concretos.
 - E. Certificación de la discapacidad extendida por el Ministerio de Salud de la Nación.
 6. La solicitud e información se presentará en Mesa de Entradas, la que procederá a verificar la documentación mencionada en los puntos anteriores, pero no podrá evaluar el contenido de dicha documentación, otorgándole un número de expediente el cual será girado para resolución al Departamento de Evaluación y Control de Tratamientos para Patologías Especiales.
 7. La presentación de la solicitud no implica aceptación alguna por parte de la DAS, el Departamento de Evaluación y Control de Tratamientos para Patologías Especiales evaluará la documentación y la petición y efectuará las consultas necesarias para determinar la inclusión en el módulo correspondiente para lo cual, y en los casos que lo determine, también deberá contar con el informe de relevamiento efectuado por asistente social sobre condiciones de contención familiar y socioeconómico del hogar.
 8. El beneficiario, padres, tutor y/o representante podrán ser citados las veces que así lo requiera el trámite de resolución.
 9. El Departamento de Evaluación y Control de Tratamientos para Patologías Especiales determinará la frecuencia de seguimiento, los informes a solicitar y los tipos de control a efectuar a los beneficiarios bajo programa a los efectos de evaluar el impacto del mismo en la discapacidad, para lo cual llevará un historial y registro por beneficiario.
 10. El beneficiario dará conformidad a lo resuelto firmando en el expediente citado
 11. La liquidación y pago de las prestaciones se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente, para pago a prestadores convenidos.

Declaro que los datos y documentos suministrados son verdaderos y que acepto las condiciones antes mencionadas,

Buenos Aires,de

FIRMA

ACLARACION Y NUMERO DE DNI/CI DEL BENEFICIARIO y/o REPRESENTANTE LEGAL