



Documentación a completar por la familia: Requisitos Generales

Estimadas familias

Por medio de la presente, adjuntamos el **Instructivo para Discapacidad** correspondiente al ciclo **2025**, donde se detalla la documentación necesaria para dar cobertura a cada tratamiento o prestación a realizar.

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO SIGNIFICA AUTORIZACIÓN NI COBERTURA SOLICITADA.
- La documentación debe ser enviada vía mail a **instructivos@whope.com.ar** de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación y en un mismo mail para poder proceder con la auditoría. Los nombres de los PDF deben ser como el siguiente ejemplo:
 - 1- Documentación Psicología
 - 2- Documentación Fonoaudiología
 - 3- Documentación...
- Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras y/o correcciones. La misma deberá ser firmada en forma ológrafa (puño y letra).
- La documentación debe ser enviada VIA E-MAIL, **NO** se recibe instructivo en papel físico. **Sólo digital.**
- **NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.**
- Las indicaciones médicas y la documentación completada por el prestador/a deben estar confeccionadas en los formularios pre-armados que se adjuntan en el instructivo. Solamente se aceptará documentación complementaria como "ANEXO" a los formularios obligatorios.

Integración/ SUR:

integracion@whope.com.ar

Sector Servicio Social:

serviciosocial@whope.com.ar

Contrataciones:

contrataciones@whope.com.ar

Control de facturación / prestadores:

prestadoresdiscapacidad@whope.com.ar

REQUISITOS GENERALES DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- **Fotocopia del Certificado de Discapacidad** (vigente)
- **Constancia de alumno/a regular 2025 (presentar antes de abril 2025)**
- **Número de CUE (Clave Única del Establecimiento)** de la escuela a la que asiste.
- **Conformidad prestacional**, firmada por la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
(COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **Ficha personal de datos** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

TODOS LOS FORMULARIOS QUE SE PRESENTEN DEBERÁN POSEER FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de afiliado/a:

Yo _____ con Documento Tipo (____) N° _____
doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia
que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles .

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Firma ológrafa (puño y letra): _____ Aclaración: _____

Si el/la firmante no es la persona con discapacidad, por favor aclararlo en el siguiente párrafo:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor/a y doy conformidad respecto a la/s prestación/es
detalladas precedentemente.

Firma ológrafa (puño y letra): _____ Aclaración: _____ Documento: _____

FICHA PERSONAL DE DATOS

Apellido y nombre de el/la beneficiario/a: _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

FAMILIAR/TUTOR RESPONSABLE A CARGO

DNI: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Ocupación/Lugar de trabajo: _____

Horario: _____