

Planilla 1

Auditoría Regional de AT Domiciliario

A ser completada y firmada por el profesional auditor de la Dirección Regional

Apellido y nombre del afiliado _____

Nº de afiliado _____ Nº de trámite _____

Tildar según corresponda

	Documentación que debe estar en el trámite	Adjuntado	No corresponde
Afiliado	Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio. En caso de corresponder se adjuntará la documentación que pruebe el vínculo.		
	Fotocopia de la credencial de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.		
	Fotocopia del último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios.		
	En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo.		
	Si posee Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, esta reemplaza la documentación básica (DNI, credencial de IOMA, último recibo de sueldo o de pago de cuota afiliatoria) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación afiliatoria.		
Prescriptor	Prescripción del profesional Médico o Psicólogo.		
	Historia clínica del profesional Médico o Psicólogo.		
	Indicaciones específicas del profesional Médico o Psicólogo de las tareas a desarrollar por el Acompañante Terapéutico.		
Acompañante Terapéutico	Fotocopia del título de formación del Acompañante Terapéutico propuesto.		
	Currículum Vitae del Acompañante Terapéutico propuesto.		
	Fotocopia de DNI del Acompañante Terapéutico propuesto.		
	Constancia de opción de AFIP del Acompañante Terapéutico propuesto.		
	Constancia de CBU del Acompañante Terapéutico propuesto.		
	Plan de trabajo del Acompañante Terapéutico propuesto.		
	Detalle de la carga horaria (día – hora) que demandará la tarea.		
	En caso de renovación: informe de evolución del Acompañante Terapéutico y Acta anterior.		
En caso de Reintegros, sumar	Factura conformada B o C según requisitos de facturación emanados de AFIP.		
	Planilla de asistencia con conformidad del afiliado.		

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para IOMA el 100% de su cobertura.

Informe técnico y evolución a cargo del auditor regional

[illegible]

Firma y sello del auditor regional

Fecha _____ / _____ / _____