

A. PARA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2021

Este instructivo corresponde para aquellos tratamientos que se mantienen **sin modificación alguna** respecto a las prestaciones recibidas en el año 2020.

La Superintendencia de Servicios de Salud ha prorrogado las prestaciones que se encuentren en curso mientras estén vigentes las medidas de ASPO (aislamiento social, preventivo y obligatorio) o DISPO (distanciamiento social, preventivo y obligatorio).

Para dar curso a la continuidad de los tratamientos para el año 2021 se deberá enviar la siguiente documentación **de manera digital**:

- **BENEFICIARIO:**

- ◇ El titular de la obra social tendrá que completar el **Anexo 1**, detallando la prestación o las prestaciones por las que brinda su CONSENTIMIENTO/CONFORMIDAD para la continuidad en **iguales condiciones** a las autorizadas en el año 2020.

El Anexo tiene que ser enviado por mail a la casilla de necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar **indicando nombre, apellido completo y número de afiliado de la persona que recibe el tratamiento en el asunto del mail.**

En el caso que algún tratamiento sea dado de baja, informarlo por escrito completando el **Anexo 4**.

- **PRESTADOR:**

La institución y/o profesional deberá enviar la siguiente documentación a la casilla necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar **indicando nombre, apellido completo y número de afiliado de la persona que recibe el tratamiento en el asunto del mail:**

- ◇ Informe evolutivo de la prestación brindada.
- ◇ Plan de Abordaje para el período ASPO/DISPO 2021, especificando la modalidad de intervención: presencial, teleasistencia o ambas.

En el caso que la prestación sea la misma pero cambie el prestador se requiere presentar la siguiente documentación:

- Plan de Abordaje período ASPO/DISPO 2021 del nuevo profesional, especificando la modalidad de intervención: presencial, teleasistencia o ambas.
Para la prestación maestro de apoyo o apoyo a la integración escolar, detallar la adaptación curricular confeccionado por el profesional/equipo que lleve a cabo la Integración.
- Informe evolutivo de la prestación brindada del anterior profesional.
- Presupuesto (Ver **Anexo 5**).
- Título habilitante.
- Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP), vigente o dentro de la prorrogación emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud (Resolución 729/2020).
- Instituciones: Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente.
- Alta de Prestador (Ver **Anexo 6**) de no contar con N° de prestador.

Una vez que se envíe la documentación detallada anteriormente de manera correcta y completa se dará curso a la autorización de las prestaciones para el 2021.

El presente instructivo detalla la documentación que se debe presentar mientras se encuentren vigentes las medidas de ASPO / DISPO dispuestas por el Gobierno Nacional.

Cuando finalicen se emitirá un nuevo instructivo con los requisitos a presentar de acuerdo a las resoluciones que emita la Superintendencia de Servicios de Salud.

Habrán un plazo de 60 días corridos posteriores para la presentación de la documentación definitiva del expediente.

Anexo 1

CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yocon Documento Tipo (.....) N° , doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021. Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de..... Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Parentesco:

Domicilio:

Anexo 4

Declaración de baja prestación

Buenos Aires..... De.....de 20.....

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, la baja de la prestación de..... que recibe el afiliado/a.....

Declaro que el prestador/a.....dejó de brindar la prestación en la fecha/...../.....

Motivo de la baja:

Firma:

Aclaración:

DNI:

Anexo 5

Fecha de emisión:

PRESUPUESTO 2021

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Nº de Afiliado:

Prestación a realizar:

Periodo de atención:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor sesión:

Observaciones:

Cronograma de asistencia

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Prestador

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Correo electrónico:

CUIT:

Número de prestador de la Obra Social:

(En caso de no poseerlo completar Anexo 6)

Firma y Sello

N° de expediente de comunicación _____

A	B	M

CAMBIO DE RAZON SOCIAL

VIGENCIA ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/> Accord 310	<input type="checkbox"/> AC211	<input type="checkbox"/> Platino/Oslera Paltino	<input type="checkbox"/> Accord Azul	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Monotributo/ Servicio Dom.
<input type="checkbox"/> Accord 210	<input type="checkbox"/> AC101	<input type="checkbox"/> Dorado/Oslera Dorado	<input type="checkbox"/> Accord Verde	<input type="checkbox"/> PMO	<input type="checkbox"/> UP10
<input type="checkbox"/> Accord 110	<input type="checkbox"/> AC102	<input type="checkbox"/> Oslera	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> PMO Monotributo	<input type="checkbox"/>

Datos del Proveedor / Prestador

Razón social / Apellido y nombre: _____

N°CUIT: _____ Matricula: _____ Especialidad: _____

Dirección Particular: _____ C.Postal: _____

e-mail: _____ Tel.Celular: _____ Tel. Particular: _____

Clasificación del rubro al que se dedica: _____

Datos Bancarios e Impositivos

Cuenta bancaria: _____

Titular de la cuenta: _____

Tipo de cuenta:	<input type="checkbox"/> Caja de ahorro N°
	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente N°

C.B.U.: _____

Condición IVA: _____ Numero de INGRESOS BRUTOS: _____

IMPUESTO A LAS GANANCIAS: Gravado Exento (adjuntar certificado)

Cheques a la orden de: _____

Firma Prestador

Aclaración

Fecha

Sr. Prestador deberá adjuntar fotocopia de:

<input type="checkbox"/>	- TITULO MEDICO	<input type="checkbox"/>	- Copia de los estatutos sociales con la constancia de inscripción en el registro público (para sociedades)
<input type="checkbox"/>	- TITULO ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/>	- Acta de asamblea y directorio con designación de autoridades y cargos (para asociaciones)
<input type="checkbox"/>	- Habilitación consultorios o institución	<input type="checkbox"/>	- Copia de los poderes generales de administración del firmante (para sociedades)
<input checked="" type="checkbox"/>	- Inscripción en AFIP	<input type="checkbox"/>	- N° de prestador ante la SSS
<input checked="" type="checkbox"/>	- Inscripción Ingresos Brutos	<input type="checkbox"/>	- Seguro de Mala Praxis vigente personal y/o institucional

MOTIVO DE ABM*:

OBSERVACIONES:DISCAPACIDAD

<input type="checkbox"/>	Cartilla	<input type="checkbox"/>	Manupres	<input type="checkbox"/>	Única vez	<input type="checkbox"/>	Proveedor	<input type="checkbox"/>	NFC	<input type="checkbox"/>	Alta administrativa
Fecha y Firma			Fecha y Firma			Fecha y Firma					
Gcia. Salud			Gcia. Atención Personalizada			Gcia. Administración					
Coord Administrativa			Presidencia			Jurídicos					
Administración			Cartilla			Centro Autorizador					

* Este campo debe ser completado en TODOS los casos sin excepción.