

B. MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN PERIODO ASPO/ DISPO 2021

Este instructivo aplica para los siguientes casos:

- Afiliados que ya poseen prestaciones autorizadas en el 2020 pero agregan prestaciones nuevas.
- Afiliados que ya poseen prestaciones autorizadas en el 2020 pero que alguna o algunas modifican la cantidad de sesiones o su modalidad.

Para dar curso a las prestaciones del año 2021 se deberá enviar la siguiente **documentación de manera digital** 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*):

- **BENEFICIARIO:**
 - ◇ El titular de la obra social deberá completar el **Anexo 2** para las prestaciones nuevas y/o aquellas que presenten alguna modificación en su modalidad o en cantidad de sesiones.
En el caso de que haya prestaciones que se mantengan sin modificaciones completar el **Anexo 1**.
Si algún tratamiento es dado de baja, tiene que ser informado por escrito completando el **Anexo 4**.
 - ◇ Si se solicita **maestro de apoyo o apoyo a la integración escolar** se requiere presentar: constancia de alumno regular emitida por la escuela común y acta acuerdo firmada por el titular de la obra social, la escuela y el prestador.
- **MEDICO:**
 - ◇ Resumen de Historia Clínica con diagnóstico confeccionada por el médico tratante.
 - ◇ Orden medica confeccionada por el médico tratante solicitando la prestación nueva y/o que presente modificaciones.
- **PRESTADOR:**
 - ◇ Plan de Abordaje período ASPO/DISPO 2021, especificando la modalidad de intervención: presencial, teleasistencia o ambas.
Para la prestación **maestro de apoyo o apoyo a la integración escolar** en caso de que sea necesario, detallar la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la Integración.
 - ◇ Presupuesto (Ver **Anexo 5**).
 - ◇ Título habilitante.

- ◇ Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP), vigente o dentro de la prórroga emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud (Resolución 729/2020).
- ◇ Instituciones: Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente.
- ◇ En caso de que el prestador no posea número de prestador en Unión Personal, deberá presentar la Planilla de Alta de Prestadores (Ver **Anexo 6**)
- ◇ En caso de solicitar dependencia deberá incluir valoración de acuerdo al índice de independencia funcional (FIM) (Ver **Anexo 7**)

Aclaración: Transporte

Se dará cobertura de transporte a aquellos afiliados que presenten cuadro de minusvalía visual, motora, psicosis y / o autismo y además no posean vehículos con franquicia por discapacidad.

Se requiere presentar la siguiente documentación:

- Pedido médico con diagnóstico y justificación del pedido.
- Planilla de Traslado Especiales 2021 (Ver **Anexo 10**).

La coincidencia de días y horarios entre lo indicado por el profesional en el presupuesto y lo expresado en las planillas correspondientes es condición para su autorización.

NO se requiere presentar presupuesto de transporte ya que el mismo será designado por la Obra Social.

La cobertura del transporte en forma total o parcial será decisión de la Obra Social a través de la evaluación del caso por parte del Equipo Interdisciplinario y la Auditoría Médica en Discapacidad.

En caso de solicitar transporte a escuela común, centros de rehabilitación, centros de día públicos, etc. adjuntar la Constancia de Alumno Regular o Constancia de Asistencia a dicha institución para acreditar la concurrencia.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Podrán brindar la prestación de **Apoyo a la Integración Escolar**:

- Instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar.

Podrán brindar la modalidad **Maestro de Apoyo**:

- Profesionales Psicopedagogos, Profesor en Educación Especial, Lic. en Ciencias de la Educación o Psicólogos.

El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

**APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA
LOS AFILIADOS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES.**

En caso de solicitar **Estimulación Temprana** podrá ser brindada solo por:

- Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditado para tal fin.

Los pedidos de **rehabilitación en agua** se contemplarán exclusivamente en los siguientes casos:

- Kinesiología en agua, si el profesional que brinda la prestación es kinesiólogo.
- Psicomotricidad en agua, si el profesional tratante es psicomotricista.
- Rehabilitación o terapia en agua, si el tratamiento se lleva a cabo en instituciones categorizadas para dicho tratamiento o bajo la coordinación de un médico fisiatra. Los mismos deben ser solicitados por el médico tratante, y los profesionales contar con Registro Nacional de Prestadores.

OBSERVACIONES GENERALES

- En caso de tratamientos nuevos, no podrán comenzar los mismos hasta no estar emitida la autorización correspondiente.
- Los tramites deben ser presentados via mail de manera correcta y completa a la casilla de necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar. Recibida la documentación se dará curso a la evaluación y eventual autorización de las prestaciones para el 2021. La autorización será notificada vía mail.
- Toda la documentación requerida por el Sector Necesidades Especiales se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.
- Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador Nacional de Discapacidad de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El presente instructivo detalla la documentación que se debe presentar mientras se encuentren vigentes las medidas de ASPO / DISPO dispuestos 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. Habrá 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 (.....) Nº , 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 2

CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yocon Documento Tipo (.....) N°
....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es 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 en relación a 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)_____

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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)
x	- Inscripción en AFIP	<input type="checkbox"/>	- N° de prestador ante la SSS
x	- 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.

Anexo 7

Medida de Independencia Funcional

Nombre: Edad: DNI:

Nº de Beneficiario: Institución:

Medida de Independencia Funcional (FIM)		
Actividad		
Auto Cuidado		Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o protesis)	
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o protesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
Control de Esfínteres		
7	Controlar intestino (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
Modalidad		
Transferencia		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrara y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción		
12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (implica la el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria(implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
		Puntaje FIM TOTAL

Puntaje:

Independiente

7 Independiente Total

6 Independiente con adaptaciones

Dependiente

5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4 Solo requiere minima asistencia (sujeto aporta 75% o más)

3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)

2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)

1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Equipo Evaluador :

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO
 NÚMERO DE AFILIADO FECHA DE NACIMIENTO
 NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR
 TELÉFONOS Casa Celular Trabajo
 CORREO ELECTRÓNICO

INSTITUTO

NOMBRE
 DOMICILIO DE ORIGEN LOCALIDAD
 DOMICILIO DE DESTINO LOCALIDAD
 Días (marcar con una x) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO
 Horario de INGRESO * : : : : :
 Horario de EGRESO * : : : : :
 * Horarios oficiales de la institución
 PERÍODO AUTORIZADO Desde el mes: Hasta el mes:

TRATAMIENTO 1

NOMBRE
 DOMICILIO DE ORIGEN LOCALIDAD
 DOMICILIO DE DESTINO LOCALIDAD
 Días (marcar con una x) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO
 Horario de INGRESO * : : : : :
 Horario de EGRESO * : : : : :
 * Horarios oficiales de la institución
 Observaciones
 Para completar por Obra Social

 PERÍODO AUTORIZADO Desde el mes: Hasta el mes: FECHA DE CONFECCIÓN / /