

## C. INICIO EXPEDIENTE PRESENTADO POR PRIMERA VEZ

Este instructivo aplica para los afiliados que van a presentar por PRIMERA VEZ un expediente en el sector de Necesidades Especiales.

Deberán reunir la siguiente documentación y enviarla de manera digital a la casilla de [necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar](mailto: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**

- ◇ Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente o con vigencia comprendida dentro de la prórroga emitida por la Agencia Nacional de Discapacidad (Resolución 209/2020).
- ◇ Fotocopia del D.N.I. del beneficiario y del afiliado titular.
- ◇ Constancia del PADRÓN DE BENEFICIARIOS (del afiliado que recibe el tratamiento) de la Superintendencia de Servicios de Salud, en donde figure UNION PERSONAL como única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la siguiente página Web: [www.argentina.gob.ar/sssalud](http://www.argentina.gob.ar/sssalud) accediendo a Consultas web/ padrón de beneficiarios/ acceso público e ingresando los datos del beneficiario.
- ◇ Constancia de alumno regular 2021 con CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos. Habrá un periodo de tolerancia prudencial para su presentación.
- ◇ Afiliados estatales y por opción: último recibo de haberes.
- ◇ Afiliados Monotributistas: fotocopia de los últimos 6 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo, se recuerda que los pagos mensuales del monotributo deben estar al día.
- ◇ El titular de la obra social tendrá que completar el **Anexo 3** detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD.

- **MEDICO**

- ◇ Resumen de Historia Clínica con diagnóstico confeccionada por el médico tratante.
- ◇ Prescripción médica confeccionada por el médico tratante solicitando la prestación, indicando que la misma corresponde al año 2021.  
Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea individual o institucional, detallando cantidad de sesiones mensuales.  
En caso de tratamiento institucional, indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc)

Toda enmienda, tachadura o agregado debe estar salvada con firma y sello del médico.

- **PRESTADOR**

- ◇ Plan de Abordaje período ASPO/DISPO 2021, especificando la modalidad de intervención: presencial, teleasistencia o ambas.
- ◇ Presupuesto (Deberá especificar días y horarios de atención) (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).
- ◇ 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**)
- ◇ Apoyo a la integración escolar: se deberá presentar el acta acuerdo entre la institución o maestra de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la Obra Social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la Integración
- ◇ En caso de solicitar dependencia deberá incluir valoración de acuerdo al índice de independencia funcional (FIM) (Ver **Anexo 7**)

## 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.

<p><b>APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA LOS AFILIADOS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES.</b></p>
---

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.

## Transporte

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

Tendrán que presentar la siguiente documentación:

- Pedido médico con diagnóstico y justificación del pedido.
- Formulario de declaración jurada de posesión de vehículos con franquicia por discapacidad (Ver **Anexo 8**).
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) en caso de dependencia (Ver **Anexo 7**)
- Formulario de Traslados Especiales, indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación (detallando hora de ingreso y de egreso de los mismos) (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 Auditoria Medica en Discapacidad**

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

## OBSERVACIONES GENERALES

- No podrán comenzar con la realización de los tratamientos solicitados hasta no estar emitida la autorización correspondiente.
- Los tramites deben ser presentados vía mail de forma completa y correcta a la casilla de [necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar](mailto:necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar). Recibida la documentación se procederá a su evaluación. La autorización será notificada via mail.
- Solo se recibirán trámites con la documentación completa según el presente instructivo.
- 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
- La cobertura por discapacidad se otorgará a partir del año de vida.
- **Cambios de Prestador:** el Afiliado Titular deberá completar el **Anexo 9** detallando los motivos de dicho cambio, y los periodos trabajados por cada uno de los profesionales, indicando nombre y apellido de los mismos. Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.
- **Baja de Prestador:** se tendrá que completar el **Anexo 4** informando los motivos de la baja e indicando desde cuando se hace efectiva.
- 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 3**

**CONFORMIDAD INICIO EXPEDIENTE PRIMERA VEZ - PERIODO ASPO/DISPO 2021**

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

**Apellido y nombre del beneficiario:**

**Número de Afiliado:**

Yo .....con 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)
<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.

## 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 prótesis)	
5	Vestirse parte inferior ( implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
<b>Control de Esfínteres</b>		
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		
<b>Transferencia</b>		
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)	
<b>Locomoción</b>		
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)	
<b>Comunicación</b>		
14	Comprensión (implica la el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
<b>Conexión</b>		
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: .....

## **Anexo 8**

Sres. Gerencia de Atención Personalizada

Sector Necesidades Especiales

Presente

Por medio de la presente informo (bajo declaración jurada) que no poseo vehículo registrado a mi nombre obtenido con la franquicia que se otorga a personas discapacitadas

Firma:

Aclaración:

DNI:

**Anexo 9**

Declaración de cambio de prestador

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

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, el cambio de prestador para el tratamiento de..... que recibe el afiliado/a.....

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

En su reemplazo se desempeñará el prestador/a..... a partir de la fecha ...../...../.....

Motivo del cambio:

Firma:

Aclaración:

DNI:

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  /  /