

SECTOR NECESIDADES ESPECIALES

COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2024

Tratamientos de Habilitación/ Rehabilitación

Instructivo para Beneficiarios/as

IMPORTANTE

En caso de que la solicitud corresponda a una continuidad de un tratamiento del año anterior **deberán presentar la documentación respaldatoria dentro del plazo de 40 días de iniciadas las prestaciones.** Caso contrario su vigencia quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario.

En caso de **inicio, ampliación, modificación** de tratamientos individuales y/o institucionales, **solo podrán comenzar los tratamientos prescritos si tienen la autorización emitida por la Obra Social,** luego de haber presentado la documentación completa a los fines de la auditoria por parte del Equipo Interdisciplinario.

El comienzo de las prestaciones sin autorización previa resulta **responsabilidad del prestador/a y del afiliado/a titular** y no obliga a la Obra Social a cubrir las mismas.

Solo se autorizarán trámites con la documentación completa según el presente instructivo.

Se deberá presentar el esquema terapéutico completo para su evaluación por el Equipo Interdisciplinario. Caso contrario, el esquema prestacional autorizado será pasible de una reevaluación integral.

Toda la documentación requerida se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones de la normativa vigente de la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

La cobertura por discapacidad se otorgará a partir del año de vida.

Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación.

En concordancia con lo sugerido por la Superintendencia de Servicios de Salud, **el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social tendrá la potestad, si correspondiera, de realizar evaluaciones de seguimiento sobre los tratamientos autorizados.**

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA 2024

La Obra Social tiene implementada una herramienta digital a fin de realizar la carga de la documentación del Área de Necesidades Especiales. Para tener acceso a la plataforma deben estar registrados en la autogestión de UP / Accord e ingresar en el apartado Afiliados – Discapacidad ingresando al botón “CARGAR DOCUMENTACION” (ver video explicativo). A través de este portal le será notificado todo lo referente a las solicitudes realizadas así como también la carta de autorización.

La documentación a presentar **con carácter obligatorio** es la siguiente:

- **BENEFICIARIO/A**

- Certificado Único de Discapacidad vigente. (Imagen completa). Si el beneficiario renueva o actualiza el CUD deberá presentarlo dentro de los 30 días corridos de emitido, caso contrario quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.
- Constancia de alumno/a regular 2024 con CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos. Deberá ser presentado dentro de los 30 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- Afiliados/as estatales y por opción: último recibo de haberes.
- Afiliados/as Monotributistas: comprobante de los últimos 6 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo, se recuerda que los pagos mensuales del monotributo tienen que estar al día tanto de el/la titular como del grupo familiar.
- El/la titular de la Obra Social tendrá que completar el **Anexo 1 Instituciones / Profesionales** detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD. (Ver **Anexo 1 Instituciones / Profesionales**)
- Declaración Jurada de Afiliaciones (Ver **Anexo 2**).
- Cronograma de horarios semanal del beneficiario/a. Deberá ser completado y firmado por el/la afiliado/a titular donde detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individuales) que realice, el mismo deberá encontrarse actualizado. (Ver **Anexo 3**)

- **MÉDICO/A**

- Resumen de Historia Clínica con diagnóstico, descripción del estado actual y evolución confeccionada por el/la médico/a tratante.
- Prescripción médica confeccionada por el/la médico/a tratante solicitando la prestación, indicando que la misma corresponde al año 2024.
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.)

Las enmiendas, tachaduras o agregados deben estar salvadas con firma y sello de el/la médico/a.

Todas las indicaciones deben estar realizadas por el/la mismo/a médico/a tratante. (Médico/a responsable, de cabecera, de seguimiento), aclarando teléfono y correo electrónico de contacto.

- **PRESTADOR/A**

- Plan de abordaje individual donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto (Deberá especificar días y horarios de atención) (Ver **Anexo 5**).
- Informe:
 - En el caso que la prestación sea **NUEVA** se deberá presentar **Informe de Evaluación Inicial** donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
 - En caso que la prestación sea **CONTINUIDAD**: se deberá presentar **Informe Evolutivo** del tratamiento brindado del año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud. Cuando el prestador renueve el RNP deberá presentarlo dentro de los 30 días corridos de emitido, caso contrario quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.
- Instituciones: Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente. Cuando el prestador renueve la categorización deberá presentarlo dentro de los 30 días corridos de emitido, caso contrario quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.
- Título habilitante para los/las profesionales registrados/as por la SSSalud que no cuenten con RNP.
- Constancia de CUIT de AFIP.
- Apoyo a la integración escolar:
 - Se deberá presentar el acta acuerdo entre la institución o maestra/o de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el/la afiliado/a 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. Deberá ser presentada dentro de los 30 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
 - Módulo de apoyo a la integración: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.
 - Módulo de maestra/o de apoyo: Título habilitante y Certificado analítico de materias.

- En caso de solicitar dependencia:
 - Prestaciones Institucionales:
 - a. Se deberá incluir valoración de acuerdo al índice de independencia funcional (FIM) confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional de la institución (Ver **Anexo 7**).
 - b. Informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.

DOCUMENTACION PARA LOS/AS PRESTADORES/AS DE PRESENTACION EXCLUSIVA EN LA PLATAFORMA DE FACTURACION

- Informe semestral.
- Planilla de asistencia mensual

Alta de Prestador/a

En caso de que el/la profesional/institución no posea número de prestador en Unión Personal deberá presentar:

- Planilla de Alta de Prestadores. La misma debe ser completada de manera excluyente en forma digital, **no** se aceptarán formularios manuscritos. (Ver **Anexo 6**).
- Constancia de Inscripción en AFIP.
- Constancia de IIBB. En caso de ser contribuyente de Convenio deben enviar el último CM05 presentado (hoja determinación del coeficiente unificado)
- Certificado de CBU Bancario: debe ser el certificado de CBU emitido por el banco o en su defecto el comprobante de Home Banking.
- Constancia de exenciones impositivas.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Los centros categorizados serán autorizados como **módulo integral intensivo** o **simple** según corresponda.

Cuando sean solicitadas prestaciones de apoyo, aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal, el Equipo Interdisciplinario evaluará y autorizará el esquema prestacional presentado de manera integral.

Cabe aclarar que el tiempo mínimo de duración de la sesión es de 45 minutos.

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/a de Apoyo:

- Psicopedagogos/as, Profesor/a en Educación Especial, Lic. en Ciencias de la Educación o Psicólogos/as.

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

<p>APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO/A DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA LOS AFILIADOS/AS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES.</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/a médico/a fisiatra. Los mismos deben ser solicitados por el/la médico/a tratante y los/as profesionales contar con Registro Nacional de Prestadores.

CAMBIOS DE PRESTADOR/A

En el caso que se realice un cambio de prestador/a de los tratamientos ya autorizados deberán presentar la siguiente documentación:

- El/la Afiliado/a Titular deberá completar el **Anexo 9** detallando los motivos de dicho cambio, y los periodos trabajados por cada uno/a de las instituciones /profesionales, indicando nombre y apellido de los/as mismos/as. Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador/a. (Ver **anexo 9**)
- **Anexo 1 Instituciones / Profesionales** de conformidad del nuevo prestador/a firmado por el/la afiliado/a titular. (Ver **Anexo 1 Instituciones / Profesionales**)
- Plan de abordaje individual del nuevo prestador/a con evaluación de inicio de tratamiento donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto del nuevo prestador/a (Deberá especificar días y horarios de atención) (Ver **Anexo 5**)
- Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- En caso de que el/la profesional/ institución no posea número de prestador en Unión Personal deberá presentar:
 - Planilla de Alta de Prestadores. La misma debe ser completada de manera excluyente en forma digital, **no** se aceptarán formatos manuscritos. (Ver **Anexo 6**).
 - Constancia de Inscripción en AFIP.
 - Constancia de IIBB. En caso de ser contribuyente de Convenio deben enviar el último CM05 presentado (hoja determinación del coeficiente unificado)
 - Certificado de CBU Bancario: debe ser el certificado de CBU enviado por el banco o en su defecto el que se saca de Home Banking (no se recibirán escritos por el Proveedor/ Prestador en hoja en blanco)
 - Constancia de exenciones impositivas.

Si la prestación que se modifica corresponde a maestro/a de apoyo o apoyo a la integración escolar, también deberán presentar:

- Acta acuerdo entre la nueva institución o maestra/o 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. Deberá ser presentadas dentro de los 30 días corridos a partir del cambio solicitado.
- Módulo de apoyo a la integración: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.
- Módulo de maestra/o de apoyo: Título habilitante y Certificado analítico de materias.
- **Baja de Prestador/a:** se tendrá que completar el **Anexo 4** informando los motivos de la baja e indicando desde cuando se hace efectiva. (Ver **Anexo 4**).

TRANSPORTE

El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a y en el marco de lo establecido por la Resolución 428/99. La solicitud de transporte deberá estar debidamente fundamentada por el médico tratante y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la Obra Social.

Asimismo, el beneficiario deberá acreditar no poseer vehículos con franquicia por discapacidad.

Tendrán que presentar la siguiente documentación, en todas las solicitudes:

- Pedido médico con diagnóstico y justificación del pedido.
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) que deberá ser completada por el/la médico/a tratante.
- **Anexo 1 Transporte** completado por el/la afiliado/a titular dando conformidad a la prestación (Ver **Anexo 1 Transporte**).
- Formulario de declaración jurada de no posesión de vehículos con franquicia por discapacidad (Ver **Anexo 8**).
- 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, firmada por el/la afiliado/a titular. (Ver **Anexo 10**)
- El transporte con dependencia solo podrá ser solicitada a partir de los 6 años de vida y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario. (Ver **Anexo 7**)

Se informa que el domicilio del beneficiario deberá encontrarse actualizado en el padrón vigente de la Obra Social. Asimismo la coincidencia de días y horarios entre lo indicado por el/la profesional en el presupuesto y lo expresado en las planillas correspondientes es condición para su autorización.

El Equipo Interdisciplinario podrá solicitar documentación adicional en caso de considerarlo pertinente.

El servicio de transporte será cubierto con prestador propio de la Obra Social en móviles compartidos.

No presentar presupuesto de transporte.

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

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 en Discapacidad.

Anexo 1 – INSTITUCIONES / PROFESIONALES

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

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

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº ,
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/a _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación/a: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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

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

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

Anexo 1 – TRANSPORTE

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

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

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

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:Transporte_____

Prestador:Emergencias_____

Período de la prestación: desde_____ hasta_____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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

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

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

Anexo 2

Declaración Jurada de Afiliaciones

Lugar,/...../.....

Declaro bajo juramento que el/la beneficiario/a (nombre y apellido)

D.N.I. N°..... actualmente no se encuentra afiliado/a a otro Agente del Seguro de Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria del beneficiario/a dentro de las 72hs. de producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importará el derecho de Unión Personal de disponer la baja inmediata de la afiliación del beneficiario/a; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la Obra Social por la atención del mismo.

Firma del afiliado/a titular:

Nombre y apellido:

Documento N°:

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 del afiliado titular:

Aclaración:

DNI:

Anexo 5

Fecha de emisión:

PRESUPUESTO 2024

Nombre y Apellido del Beneficiario/a:

Nº de Afiliado/a:

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: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Prestador/a

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:


Correo electrónico:

CUIT:

Número de prestador/a de la Obra Social:

(En caso de no poseerlo completar Anexo 6)

Firma y Sello

									
REGISTRO DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES MÉDICAS									
PROVEEDOR N°:				FECHA SOLICITUD:					
PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	INSTITUCION	<input type="checkbox"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>	BAJA	<input type="checkbox"/>
NOMBRE / RAZÓN SOCIAL									
CUIT N°									
DOMICILIO				COD. POSTAL					
EMAIL									
CELULAR		TELEFONO							
ESPECIALIDAD		MODALIDAD							
DATOS BANCARIOS:									
TITULAR DE LA CUENTA:									
BANCO:									
TIPO CUENTA (CC/CA)		NRO CUENTA:							
CBU:									
DATOS IMPOSITIVOS:									
CONDICION IVA:		GANANCIAS:							
INGRESOS BRUTOS:		MONOTRIBUTO:							
<p>LA PRESENTE REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA MISMA PODRÁ SER REMITIDA VIA MAIL ESCANEADA CON LA CORRESPONDIENTE FIRMA. PROFESIONALES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR : TITULO DE MEDICO Y ESPECIALISTA. CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN AFIP E INGRESOS BRUTOS, CONSTANCIA BANCARIA DEL CBU, N° DE PRESTADOR ANTE LA SSS, SEGURO DE MALA PRAXIS, HABILITACIÓN CONSULTORIO O INSTITUCIÓN. INSTITUCIONES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR: CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN AFIP E INGRESOS BRUTOS, CONSTANCIA BANCARIA DEL CBU, N° DE PRESTADOR ANTE LA SSS, HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN, COPIA DE ESTATUTOS SOCIALES CON LA CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO PÚBLICO, ACTA DE ASAMBLEA Y DIRECTORIO CON DESIGNACIÓN DE AUTORIDADES Y CARGOS, COPIA PARA PODERES GENERALES DE ADMINISTRACIÓN DEL FIRMANTE. CUALQUIER CAMBIO DEBERÁ SER NOTIFICADO A LA GERENCIA MEDICA A FIN DE MANTENER ACTUALIZADO EL LEGAJO. COMPLETAR DIGITALMENTE LA PRESENTE PLANILLA.</p>									
FIRMA PROVEEDOR				ACLARACIÓN					
PARA USO INTERNO DE UNION PERSONAL				AGRUPACIÓN:					
SOLICITANTE DE LA PRESENTE									
NOMBRE Y APELLIDO		SECTOR / G		ERENCIA:					
MOTIVO DE LA SOLICITUD:									
PLANES:									
310	210	110	AC211	AC101	420	220	<input type="checkbox"/>		
PLATINO	DORADO	VERDE	AZUL	AC102	320	150	<input type="checkbox"/>		
CLASSIC	FAMILIAR	UP10	PMO	MONOTRIBUTO			<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 1									
Domicilio		N°		Piso		Dpto.			
Codigo Postal:		Localidad		Provincia					
Teléfonos									
Días y horarios de atención:									
CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 2									
Domicilio		N°		Piso		Dpto.			
Codigo Postal:		Localidad		Provincia					
Teléfonos									
Días y horarios de atención:									
SOLICITANTE		GERENCIA MEDICA		PRESIDENCIA					
PARA USO INTERNO DE TESORERIA:									
FECHA DE CARGA EN EL SISTEMA									
OPERADOR DE CARGA:									

Anexo 7

Medida de Independencia Funcional

Nombre:..... **Edad:**..... **DNI:**.....

N° de Beneficiario/a: **Institución:**.....

Medida de Independencia Funcional (FIM)		
Actividad		
Autocuidado		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 vestirse 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)	
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 ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia de toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción		
12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (implica 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 mínima 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)

Firma de el/la Médico/a o Lic. en TO:.....

Fecha:.....

Anexo 8

Sres. Gerencia de Gestión Asistencial

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 con discapacidad

Firma del afiliado/a titular:

Aclaración:

DNI:

Anexo 9

Declaración de cambio de prestador/a

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 del afiliado/a titular:

Aclaración:

DNI:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO/A

NÚMERO DE AFILIADO/A FECHA DE NACIMIENTO / / Edad

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR

TELÉFONOS CASA CELULAR TRABAJO

CORREO ELECTRÓNICO

INSTITUTO

NOMBRE

DOMICILIO DE ORIGEN LOCALIDAD

TELÉFONO CORREO

DOMICILIO DE DESTINO LOCALIDAD

Días (marcar con una x) LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO

Horario de INGRESO * : : : : :

Horario de EGRESO * : : : : :

* Horarios oficiales de la Institución

SILLA DE RUEDAS SI NO FIJA PLEGABLE

DEPENDENCIA SI NO

TRATAMIENTO

NOMBRE

DOMICILIO DE ORIGEN LOCALIDAD

DOMICILIO DE DESTINO LOCALIDAD

TELÉFONO CORREO

Días (marcar con una x) LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO

Horario de INGRESO * : : : : :

Horario de EGRESO * : : : : :

* Horarios oficiales de la Institución

Observaciones

Para completar por Obra Social

FECHA DE CONFECCION / /