

**SECTOR NECESIDADES ESPECIALES**  
**COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2023**  
**Tratamientos de Habilitación/ Rehabilitación**  
**Instructivo para Beneficiarios/as**

**IMPORTANTE**

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.

En caso 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.

**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 2023

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)
  - Constancia de alumno/a regular 2023 con CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos. Deberá ser presentado dentro de los 60 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. (Ver **Anexo 3**)
- **MÉDICO/A**
  - Resumen de Historia Clínica con diagnóstico, descripción del estado actual y evolución confeccionada por el/la médico/a tratante. (Ver *Modelo*)
  - Prescripción médica confeccionada por el/la médico/a tratante solicitando la prestación, indicando que la misma corresponde al año 2023. (Ver *modelo*)  
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.
- Instituciones: Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente.
- 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 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo. (*Ver modelo*)
  - 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. (Ver *Modelo*)
  - Transporte: presentar la planilla de independencia funcional (FIM) valorizada por el/la médico/a tratante / TO. (Ver **Anexo 7**).

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.

Se informa que las prestaciones de apoyo (aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal) serán autorizadas hasta 6 sesiones semanales, incluidas todas las especialidades. Superando este límite las prestaciones deberán encuadrarse dentro de los módulos previstos en centros categorizados.

De ser necesario el Equipo Interdisciplinario evaluará el tratamiento requerido.

(Carga horaria por sesión mínimo 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><b>APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO/A DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA LOS AFILIADOS/AS 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/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 60 días corridos a partir del cambio solicitado. (Ver *Modelo*)
- 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

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

Tendrán que presentar la siguiente documentación:

- Pedido médico con diagnóstico y justificación del pedido. (*Ver modelo*)
- **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**).
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) en caso de dependencia completada por el/la médico/a tratante. Solo podrá ser solicitada a partir de los 6 años de vida y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario. (**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, firmada por el/la afiliado/a titular. (**Ver Anexo 10**)

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

**No presentar presupuesto de transporte.**

**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.**

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.

**Anexo 1 – INSTITUCIONES / PROFESIONALES**

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

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 2023**

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 2023

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

<b>Día</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
<b>Horario</b>	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

									
<b>REGISTRO DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES MÉDICAS</b>									
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					
<b>DATOS BANCARIOS:</b>									
TITULAR DE LA CUENTA:									
BANCO:									
TIPO CUENTA (CC/CA)				NRO CUENTA:					
CBU:									
<b>DATOS IMPOSITIVOS:</b>									
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. <b>PROFESIONALES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR</b> : 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. <b>INSTITUCIONES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR</b>: 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. <b>CUALQUIER CAMBIO DEBERÁ SER NOTIFICADO A LA GERENCIA MEDICA A FIN DE MANTENER ACTUALIZADO EL LEGAJO. COMPLETAR DIGITALMENTE LA PRESENTE PLANILLA.</b></p>									
----- FIRMA PROVEEDOR				ACLARACIÓN					
<b>PARA USO INTERNO DE UNION PERSONAL</b>				AGRUPACIÓN:					
<b>SOLICITANTE DE LA PRESENTE</b>									
NOMBRE Y APELLIDO				SECTOR / G		ERENCIA:			
MOTIVO DE LA SOLICITUD:									
<b>PLANES:</b>									
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"/>		
<b>CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 1</b>									
Domicilio				N°		Piso	Dpto.		
Codigo Postal:		Localidad		Provincia					
Teléfonos									
Días y horarios de atención:									
<b>CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 2</b>									
Domicilio				N°		Piso	Dpto.		
Codigo Postal:		Localidad		Provincia					
Teléfonos									
Días y horarios de atención:									
----- SOLICITANTE				GERENCIA MEDICA		PRESIDENCIA			
<b>PARA USO INTERNO DE TESORERIA:</b> -----									
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)	
<b>Puntaje FIM TOTAL</b>		

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

Tramo N°

PRESTACION A LA QUE SE TRASLADA

CALLE DESDE  LOCALIDAD

CALLE HASTA  LOCALIDAD

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

Horario de INGRESO \*  :   :   :   :   :

Horario de EGRESO \*  :   :   :   :   :

\* Horarios oficiales de la Institución

PERÍODO DE VIGENCIA Desde el Mes:  Hasta el Mes:

Observaciones

Tramo N°

PRESTACION A LA QUE SE TRASLADA

CALLE DESDE  LOCALIDAD

CALLE HASTA  LOCALIDAD

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

Horario de INGRESO \*  :   :   :   :   :

Horario de EGRESO \*  :   :   :   :   :

\* Horarios oficiales de la Institución

PERÍODO DE VIGENCIA Desde el Mes:  Hasta el Mes:

Observaciones

\*El tramo hace referencia al desplazamiento del punto de origen al punto de destino

Recuerde que esta planilla debe ser cargada en la plataforma de [Necesidades Especiales](#) y enviada a <AdmisionTE@emergencias.com.ar>

## Resumen de Historia Clínica

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Numero de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnóstico:.....  
.....  
.....  
.....

Descripción del estado actual:.....  
.....  
.....  
.....

Evolución del cuadro clínico de base.....  
.....  
.....  
.....

Antecedentes de tratamientos terapéuticos y/o intervenciones educativas:.....  
.....  
.....  
.....

Firma y sello de el/la médico/a tratante

Fecha

# Pedido Médico

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Numero de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnostico:.....  
.....  
.....  
.....

Prestaciones solicitadas

- Instituciones (CET – Centro de Dia – Hogar con Centro de Dia, etc)

Prestación institucional:.....

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Tipo de jornada: simple    doble

Dependencia:    SI    NO (En caso afirmativo se deberá anexar formulario FIM e informe de apoyos)

- Modulo Maestro/a de Apoyo / Modulo Apoyo a la integración Escolar Equipo

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Cantidad de horas semanales:.....

Prestaciones ambulatorias por sesión

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales .....

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales .....

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales .....

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales .....

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Firma y sello de Medico/a:

Fecha:

## **Pedido Médico de Transporte**

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Numero de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnostico:.....  
.....  
.....  
.....

Justificación médica:.....  
.....  
.....  
.....

Dependencia: SI NO (en caso afirmativo completar planilla FIM)

Firma y sello del médico/a:

Fecha:

# Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)

1- ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2- ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

3- HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4- VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5- VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

6- USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7- CONTROL DE INTESTINOS: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

8- CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

10- TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11- TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

13- ESCALERAS: Implica subir o bajar escalones.

14- **COMPRESIÓN:** Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.

15- **EXPRESIÓN:** Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16- **INTERACCIÓN SOCIAL:** Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

17- **RESOLUCIÓN DE PROBLEMA:** Implica resolver problemas cotidianos.

18- **MEMORIA:** Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

**EVALUACIÓN INSTITUCIONAL:** escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

FIRMA Y SELLO DE LIC. T.O. DE LA INSTITUCION

## Acta Acuerdo para Integración Escolar / Maestro/a de Apoyo

**Nombre y apellido del beneficiario/a:**

**Escuela:**

**Grado:**

**Turno:**

**Ciclo Escolar:**

**Fecha:**

**Localidad:**

**Prestación:** Modulo de apoyo a la integración escolar/ Maestro/a de Apoyo

Las partes se comprometen a instrumentar los medios necesarios para hacer posible el acompañamiento del niño/a.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde:					
Hasta:					

Firma del afiliado/a titular:

Firma y sello de la institución integradora/ maestro/a de apoyo:

Firma y sello de las autoridades escolares: