



OSFEDECAMARAS
CUIDA TU SALUD

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024

Estimado Afiliado, por favor lea atentamente el instructivo, cualquier duda o aclaración que considere necesaria puede comunicarse con el Sector Discapacidad.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Atención al Beneficiario

 Tel: 0800-345-0770

 WhatsApp: +54 9 11 3636 6106

 Av. Rivadavia 5456 1º piso

 discapacidad@osfedecamaras.com.ar

Atención Personalizada

Solicitar un turno previo al mail: discapacidad@osfedecamaras.com.ar

Contenidos

1. INFORMACIÓN GENERAL	3
2. DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA	4
2.1. Documentación a presentar por el Afiliado	6
2.2. Documentación a presentar por el Prestador	8
2.2.1. Instituciones	8
2.2.2. Profesionales - Tratamientos Ambulatorios	9
2.2.3. Módulo de Apoyo Escolar - Maestro de Apoyo	10
2.2.4. Transporte	11
3. ANEXOS	
ANEXO 1. DECLARACION JURADA DE DATOS AFILIATORIOS	13
ANEXO 2. CRONOGRAMA DE PRESTACIONES 2023	14
ANEXO 3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	15
ANEXO 4. JUSTIFICATIVO MEDICO DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE	16
ANEXO 5. MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (F.I.M.)	18
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:	19
ANEXO 6 -A PRESUPUESTO PRESTACIONAL	21
ANEXO 6 - B PRESUPUESTO TRANSPORTE	22
ANEXO 7. CONFORMIDAD PRESTACIONAL	23
ANEXO 8. CAMBIO DE PRESTADOR	24
ANEXO 9. PLANILLA DE PRESTADOR	25
ANEXO 10. BAJA DE PRESTADOR	26

1. INFORMACIÓN GENERAL

- El presente instructivo se refiere **únicamente** a solicitudes de prestaciones detalladas en el **Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad**, Res. Min. Salud N° 428/1999 o la norma que en el futuro la reemplace.
- De acuerdo con lo establecido en el **art 11 de la Ley 24901** “Las personas con discapacidad afiliadas a obras sociales accederán a través de las mismas, por medio de **Equipos Interdisciplinarios** capacitados a tales efectos, a acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.”

Según establece la Res 1731/2021 SSSalud, los Equipos Interdisciplinarios de los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga, en conjunto con el/los prestadores/es, **deberán evaluar el plan de abordaje que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad** y su familia, asegurando la disponibilidad de servicios accesibles, suficientes y oportunos.

- La Obra Social reconocerá las prestaciones y los valores correspondientes al Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad vigente. Cabe aclarar que Fedecámaras podrá dar cobertura cuando el profesional o la institución se encuentre inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación SNR artículo 29 ley 23661.
- Artículo 32 ley 23661 la inscripción en el registro nacional de prestadores implica para los prestadores la obligación de respetar las normas y valores retributivos que rigen las contrataciones con los agentes del seguro mantener la prestación del servicio en las modalidades convenidas durante el lapso de inscripción y por un tiempo adicional de 60 días corridos y ajustarse a las normas que en ejercicio de sus facultades derechos y atribuciones establezca la ANSSAL
- En todos los casos, los presupuestos serán analizados y comparados con prestadores contratados por la Obra Social.
- El período autorizado será posterior a la fecha de entrega de la documentación, no se autorizarán solicitudes retroactivas o para períodos anteriores. El inicio de las prestaciones sin la debida autorización no obliga a Fedecámaras a cubrirlas.
- En ninguno de los casos la emisión de la autorización implica el compromiso de pago. El mismo, se encuentra sujeto al resultado del **análisis pertinente**, el cumplimiento de los requisitos exigidos y el control de situación afiliatoria del beneficiario, que se efectuará en forma periódica.
- La existencia de la cobertura de prestaciones en años anteriores no obliga a Fedecámaras a cubrir su continuidad, sin el previo análisis de la documentación que se presenta. El Equipo interdisciplinario de Discapacidad y/ o Auditoría Médica podrá citar a los padres y/o prestadores del Afiliado para evaluar el esquema terapéutico que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad y su familia.
- En caso de **Cambio de Prestador**, el titular deberá informarlo a la Obra Social mediante nota tipo **(ANEXO 8)** firmada y dirigida al Sector de Discapacidad. La documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad.
- En caso de producirse una **Baja de la prestación**, deberá informarse por correo electrónico a discapacidad@osfedecamaras.com.ar, adjuntando la nota **ANEXO 10- Baja de Prestador**.

- En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) **ANEXO 5, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional** y el **informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual**. Si la dependencia fuera para la prestación de transporte, además de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) **ANEXO 5**, confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional **deberá incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran**.
- La Obra Social emite solamente pagos a nombre de la institución, empresa de transporte o profesional. **No se realizarán reintegros a los afiliados.**

El Equipo Interdisciplinario de Discapacidad en caso de considerarlo pertinente, podrá solicitar documentación respaldatoria adicional. Una vez autorizada la prestación el Equipo Interdisciplinario podrá realizar el seguimiento de esta mediante visitas, llamados o entrevistas con padres y/o profesionales.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

- Las solicitudes completas, deben ser enviadas a través de archivos legibles por foto o escaneada al MAIL: discapacidad@osfedecamaras.com.ar
 - ASUNTO: NOMBRE DEL AFILIADO /DNI/ PRESTACION/PRESTADOR.
 - ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN: **firmada** en forma ológrafa, electrónica o digital. Se recibirán archivos NO EDITABLES .PDF o .JPG únicamente con firma y sello del profesional / institución y padre (de corresponder). No se aceptarán archivos en formato editable sin firma del profesional/ institución como .DOC/DOCX, **SIN EXCEPCIÓN.**

NO SE ACEPTARÁN FIRMAS CORTADAS, **PEGADAS** O MAL EDITADAS. Lo recomendable es que envíen fotos / escaneos de hojas firmadas a mano.

IMPORTANTE: Una vez ingresada la documentación en el Sector Discapacidad, el tiempo de análisis es de 20 (veinte) días hábiles.

RESUMEN DE DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CADA CASO – AYUDA

Estimado Afiliado/a, por favor verifique que la documentación esté completa antes de enviarla para evitar demoras y/o reclamos en su trámite de autorización. Gracias

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

DOCUMENTACION AFILIADO		DEL MÉDICO
☒	CUD	☒ Ordenes Medicas (Recetas)
☒	Constancia Alumno Regular	☒ Resumen de Historia Clínica Anexo 3
☒	Declaración Jurada de Datos Anexo 1	
☒	Cronograma Anexo 2	
☒	Conformidad Anexo 7	

DOCUMENTACION DEL PRESTADOR		
☒	Informe de Evaluación Inicial (solo nueva prestación)	
☒	Informe Evolutivo de la Prestación (prestaciones anteriormente aprobadas)	
☒	Plan de Abordaje Individual	
☒	Presupuesto Anexo 6A	
☒	Instituciones: Categorización ANDIS, Disposición SSS	
☒	Dependencia: Tabla FIM Anexo 5 – Informe Apoyos	
☒	Profesionales: RNP	
☒	Nuevo Prestador: Anexo 9, AFIP, Titulo, CBU	
APOYO/ INTEGRACIÓN ESCOLAR:		
EQUIPO:		MAESTRO DE APOYO
☒	Acta de Acuerdo	☒ Acta de Acuerdo
☒	Plan de Abordaje Individual con Adaptaciones curriculares por área.	☒ Título Habilitante
		☒ Analítico de Materias
		☒ Plan Abordaje Individual con Adaptaciones curriculares por área

DOCUMENTACION TRANSPORTE		DEL MÉDICO
☒	Presupuesto-Conformidad Anexo 6B	☒ Orden Médica (Receta)
☒	Habilitación de la empresa y del vehículo.	☒ Justificación Anexo 4
☒	Google Maps recorrido en km.	
☒	VTV, licencia conducir, póliza seguros.	

2. DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

2.1 DOCUMENTACIÓN PARA PRESENTAR POR EL AFILIADO

El médico tratante debe tener especialidad **inherente a la patología** del paciente y pertenecer a una institución contratada por Obra Social Fedecámaras o ser prestador directo de la Obra Social.

- DNI.
- Credencial de la Obra Social con talón vigente.
- Certificado de Discapacidad vigente, legible en todos sus ítems incluyendo el código de barras. Únicamente en el caso de actualización, si fue renovado.
- Constancia de Alumno Regular del establecimiento educativo correspondiente. En caso de ser escolaridad común, deberá indicar el Código Único de Establecimiento (CUE) el cual consta de 9 (nueve) dígitos. Deberá ser presentada dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- Declaración Jurada de Datos - **ANEXO 1**
- Cronograma de Prestaciones 2023- **ANEXO 2**
- **Resumen de Historia Clínica actualizado. ANEXO 3**
- **Pedido Médico** para cada una de las prestaciones que se solicitan con fecha anterior al inicio de la prestación, sin tachaduras ni enmiendas, que contenga:
 - Nombre y Apellido.
 - Número de DNI.
 - “Obra Social Fedecámaras”.
 - Número de Afiliado.
 - Diagnóstico.
 - Tipo de especialidad que solicita (fonoaudiología, kinesiología etc.).
 - Cantidad de sesiones y frecuencia semanal de atención.
 - Tipo de jornada (de corresponder).
 - Período de la prestación.
 - Aclarar si el paciente es dependiente (de corresponder).
 - Firma y sello, legible en original con especialidad médica y matrícula profesional.

Importante, para aquellos pedidos de:

- **Integración Escolar:** Aclarar la modalidad, Apoyo a la Integración Escolar (equipo) o Maestro de Apoyo.
- **Transporte:** Debe aclarar los motivos de salud que le impiden al paciente viajar gratuitamente en transporte público con un acompañante y debe estar acompañado del **Justificativo Médico de la Solicitud de Transporte** completa en todos sus ítems – **ANEXO 4**. Será auditado en todos los casos.
- **Dependencia:** En caso de corresponder, el medico debe indicarla en el pedido médico.



EJEMPLO INSTITUCIONES	EJEMPLO TERAPIAS
<i>Juana González</i> DNI 57.000.000 Obra Social Fedecámaras Afiliado/a (2700000000/02) DX. T.G.D <i>Solicito Centro educativo terapéutico Jornada simple de enero 2024 a diciembre 2024</i> Firma Sello y Matrícula Fecha	<i>Juana González</i> DNI 57.000.000 Obra Social Fedecámaras Afiliado/a (2700000000/02) DX. T.G.D <i>Solicito 2 sesiones semanales de psicología de febrero 2024 a febrero 2025</i> Firma Sello y Matrícula Fecha

SE RECUERDA QUE EN LOS CASOS DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA SE CUBRIRÁN HASTA 8 SESIONES SEMANALES (32 MENSUALES) INCLUIDAS TODAS LAS ESPECIALIDADES.

EJEMPLO APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	EJEMPLO TRANSPORTE
<i>Juana González</i> DNI 57.000.000 Obra Social Fedecámaras Afiliado/a (2700000000/02) DX. T.G.D <i>Solicito Apoyo a la integración escolar (equipo) (Especificar días y cantidad de horas) de marzo 2024 a diciembre 2024</i> Firma Sello y Matrícula Fecha	<i>Juana González</i> DNI 57.000.000 Obra Social Fedecámaras Afiliado/a (2700000000/02) DX. Trastornos de la marcha y la movilidad <i>Solicito transporte especial a escuela de lunes a viernes de marzo 2024 a diciembre 2024 (Adjuntar Anexo 4 completo en todos los casos)</i> Firma Sello y Matrícula Fecha

2.2 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL PRESTADOR

2.2.1 INSTITUCIONES

- Constancia de alumno regular.
- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** se solicitará exclusivamente **al comienzo de una nueva prestación** o cambio en la modalidad.

Indicar en el informe el motivo, los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- **EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:** Informe del proceso evolutivo de la prestación brindada, en el cual conste el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

Indicar en el informe situación actual de los objetivos planteados, intervenciones y apoyos brindados. Justificar la necesidad de continuidad de la prestación según lo evaluado y el impacto del tratamiento en el período.
- **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL:** en el cual consten período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- En caso de solicitar **dependencia**, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) **ANEXO 5**, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el **informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.**
- **INFORME DE EVOLUCIÓN SEMESTRAL:** A los seis meses de prestación, informar avances del tratamiento según los objetivos planteados en el plan de abordaje.
- Presupuesto - **ANEXO 6A.**
- Nota de CONFORMIDAD PRESTACIONAL - **ANEXO 7.**
- Habilitaciones.
- Inscripción en el Registro de Prestadores de la SSSalud, Servicio Nacional de Rehabilitación o Agencia Nacional de Discapacidad, de corresponder. La Disposición de inscripción debe estar **legible y completa**, con indicación de la razón social, el domicilio del establecimiento, la prestación y la categoría asignada.
- Constancia de inscripción en AFIP
- Constancia de CBU emitida por entidad bancaria, donde conste relación NOMBRE - CUIT con número (no sirve constancia del cajero automático)
- Planilla Prestador **ANEXO 9.**

NOTA: En caso de centros ya autorizadas en años anteriores y que han presentado la documentación institucional, no es necesario volver a enviarla.

Deberán presentar actualización en caso de vencimiento de inscripción o cambio de cuenta bancaria (CBU).

2.2.2 PROFESIONALES – TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** se solicitará exclusivamente **al comienzo de una nueva prestación** o cambio en la modalidad.

Indicar en el informe el motivo, los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

- **EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:** Informe del proceso evolutivo de la prestación brindada, en el cual conste el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

Indicar en el informe situación actual de los objetivos planteados, intervenciones y apoyos brindados. Justificar la necesidad de continuidad de la prestación según lo evaluado y el impacto del tratamiento en el período.

- **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL:** en el cual consten período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- **INFORME DE EVOLUCION SEMESTRAL:** A los seis meses de prestación, informar avances del tratamiento según los objetivos planteados en el plan de abordaje.
- Presupuesto - **ANEXO 6A**
- Nota de CONFORMIDAD PRESTACIONAL - **ANEXO 7**
- Título habilitante validado por la AND (anverso y reverso).
- Certificado actualizado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP). En caso de trámite de **renovación**, adjuntar constancia.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de CBU emitida por entidad bancaria, donde conste relación NOMBRE - CUIT con número (no sirve constancia del cajero automático).
- Planilla Prestador - **ANEXO 9.**
-

NOTA: En caso de profesionales ya autorizados en años anteriores y que han presentado la documentación personal completa, no es necesario volver a enviarlo. Deberán presentar actualización de RNP en caso de vencimiento o cambio de cuenta bancaria (CBU).

Las sesiones por tratamientos por discapacidad durarán por lo menos **45 minutos**. No se aceptará que se consideren dos sesiones consecutivas para cumplir con ese tiempo.

2.2.3 MÓDULO DE APOYO ESCOLAR – MAESTRO DE APOYO

Importante: La prestación se brinda en una **escuela común**. El nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad menciona las dos modalidades bajo las cuales las Obras Sociales cubren esta prestación. Tener en cuenta que se autoriza sólo una de ellas, según indicación del médico tratante. Ambas modalidades se componen de un **mínimo de 32 hs. mensuales / 8 hs. semanales** para ser considerado el abordaje como tal, de lo contrario, el prestador deberá hacer la presentación del presupuesto por horas brindadas con su valor correspondiente de acuerdo con la normativa vigente.

- Constancia de Alumno Regular
- Acta de acuerdo de integración. Deberá constar con todas las firmas (Padre, Institución, y Centro Categorizado/ persona a cargo)

Tanto la constancia como el Acta deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** se solicitará exclusivamente **al comienzo de una nueva prestación** o cambio en la modalidad.

Indicar en el informe el motivo, los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

- **EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO:** Informe del proceso evolutivo de la prestación brindada, en el cual conste el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

Indicar en el informe situación actual de los objetivos planteados, intervenciones y apoyos brindados. Justificar la necesidad de continuidad de la prestación según lo evaluado y el impacto del tratamiento en el período.

- **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL:** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder Plan Pedagógico Individual (PPI), confeccionada por profesional/ equipo tratante.
- **INFORME DE EVOLUCION SEMESTRAL:** A los seis meses de prestación, informar avances del tratamiento según los objetivos planteados en el plan de abordaje.
- Nota de CONFORMIDAD PRESTACIONAL - **ANEXO 7**
- **Centros:** Disposición completa con Categorización emitida por Servicio Nacional de Rehabilitación o Agencia Nacional de Discapacidad (Apoyo Escolar Equipo)
- **Profesional independiente (Maestro de Apoyo)** Título Oficial con incumbencia en educación Ej. Psicopedagogos, Maestros de Educación Especial (Maestro de Apoyo) y certificado analítico de materias.
- Constancia de inscripción en AFIP
- Constancia de CBU emitida por entidad bancaria donde conste relación NOMBRE-CUIT con número
- Planilla Prestador **ANEXO 9.**

- Presupuesto, el mismo debe indicar: Fecha - Nombre del Afiliado - Datos de contacto (teléfono, mail, etc.) - **Nombre y domicilio de la escuela donde se realizará la integración – Año/Grado y turno del niño/joven – Días y Horarios en los cuales realizará la integración**- CUIT - Período que abarca la prestación - Importe mensual según normativa vigente.

Importante: el presupuesto debe incluir la leyenda: **“Los aranceles serán ajustados en forma automática de acuerdo con normativa vigente.**

NOTA: En caso de centros o profesionales ya autorizados en años anteriores y que han presentado la documentación institucional y/o profesional completa, no es necesario volver a enviarlo. Deberán presentar actualización en caso de vencimiento de Inscripción, RNP, seguro, o cambio de cuenta bancaria (CBU).

2.2.4 TRANSPORTE

*En todos los casos el médico tratante deberá justificar el **motivo de salud** que le impide al paciente viajar gratuitamente en el transporte público de pasajeros con un acompañante, de acuerdo con lo previsto en la Ley 24.314 art 22 inc a.*

- **Justificativo Medico de la Solicitud de Transporte** que deberá completar el médico tratante. **ANEXO 4**
- Prescripción médica.
- Presupuesto - Nota de Conformidad **ANEXO 6B**
- Plano con detalle del recorrido presupuestado (Google Maps)
- Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.
- Constancia de Inscripción en AFIP
- Constancia de CBU emitida por entidad bancaria donde conste relación NOMBRE-CUIT con número
- Planilla Prestador **ANEXO 9**
- En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) **ANEXO 5**, confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e **incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.**

La dependencia en niños menores de 6 años se considera cronológica, por lo tanto, no se reconocerá un adicional en esos casos.

OBSERVACIONES:

- El domicilio presupuestado debe coincidir con la Declaración Jurada (**Anexo 1**) y con el domicilio que consta en el Padrón de Afiliados de la Obra Social. Se podrá solicitar de ser necesario, en algunos casos, Certificado de Domicilio emitido por autoridad competente.

- No se reconocerá peaje ni hora de espera.

- **Se autorizarán hasta 1500 km mensuales incluidos todos los trayectos solicitados.** Los casos en los cuales el trayecto de ida y vuelta supere los 1500 km mensuales, serán auditados en todos los casos y Fedecámaras podrá requerir la derivación a otro establecimiento de igual calidad prestacional, más cercano a su domicilio, así como re-pautar la frecuencia de asistencia y cronogramas de tratamiento.

De acuerdo con Res 1192/15 MS, la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georeferenciamiento utilizado, y será abonada por mes entero. Dicha prestación, considerada modular, estará sujeta a débito cuando el servicio sea prestado en menos de un 80 % del periodo en cuestión. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo los días del receso invernal.

- Cabe aclarar que esta obra social brinda cobertura a todos aquellos beneficiarios que por su patología no puedan hacer Uso del transporte público. Esta prestación se dará al beneficiario desde su domicilio y hasta los domicilios en donde se realizan en los tratamientos cubiertos por la obra social con su correspondiente regreso.
- En los casos que se trasladen hermanos a los mismos destinos y en los mismos horarios esta auditoría reconocerá un solo traslado desde el domicilio hasta el lugar de atención. Quedan exceptuados de este mecanismo las empresas de transporte escolar y aquellos que presenten la habilitación correspondiente a traslados Especiales (Habilitación de traslados para personas con 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 dicha concurrencia.**



ANEXO 1. DECLARACION JURADA DE DATOS AFILIATORIOS

DATOS DEL TITULAR:

Nº de Cuit Nº de D.N.I
Apellido y Nombre
Fecha de Nacimiento Nacionalidad
Estado Civil
Fecha de Ingreso al País (solo si es extranjero):
Domicilio: Calle Nº.....
Piso.....Dpto.....Localidad.....Provincia.....CP.....
Teléfono fijo: Tel. Celular.....
E-mail.....

DATOS DEL AFILIADO POR EL CUAL SE SOLICITA LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD

Numero de CUIL(obligatorio)..... D.N.I.....
Condición de parentesco (hijo o cónyuge).....Afiliado Nº
Nombre y Apellido.
Fecha de Nacimiento..... Nacionalidad.....
Fecha de Ingreso al País (solo si es extranjero)
Domicilio: Calle.....Nº.....Piso.....Dpto.....
Localidad.....Provincia CP :.....
Teléfono fijo..... Tel. Celular.....
E-mail.....

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

FIRMA DEL TITULAR:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

FECHA:

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE PRESTACIONES 2024

AFILIADO:

Estimado Afiliado: Favor de completar la grilla con días y horarios de **todas** las prestaciones que se llevarán a cabo en la semana.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8:30						
9:00						
9:30						
10:00						
10:30						
11:00						
11:30						
12:00						
12:30						
13:00						
13:30						
14:00						
14:30						
15:00						
15:30						
16:00						
16:30						
17:00						
17:30						
18:00						
18:30						
19:00						



ANEXO 3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA (A completar por el médico tratante, según patología)	
Apellido y Nombre:	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Diagnóstico/ Capacidad funcional (sensorial, mental, motora)	
Antecedentes de Salud:	
Evolución del Paciente en el último año:	
Plan Terapéutico:	
Medicación:	
En relación a Alimentación/ vestido/ limpieza:	Dependiente:
Firma y Sello del profesional médico tratante	



ANEXO 4. JUSTIFICATIVO MÉDICO DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE

Las Obras Sociales brindan cobertura de transporte especial a aquellos afiliados que, **por su patología, no pueden hacer uso del transporte público con acompañante usando su pase.** Por favor explique los **motivos de salud que le impiden al afiliado usufructuar la gratuidad del transporte público con un acompañante.**

En caso de Dependencia completar la escala FIM (Anexo 5)

Nota : La dependencia en niños menores de 6 años se considera cronológica, por lo tanto, no se reconocerá un adicional en esos casos.

FECHA

NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

D.N.I: EDAD

- **DIAGNÓSTICO:**

- **TIPO DE DISCAPACIDAD**

- **JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DEL TRANSPORTE:**

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

ANEXO 5. MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (F.I.M.)

El Formulario FIM deberá ser completado por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación y / o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Se considera persona discapacitada dependiente a aquella que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiera asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, autonomía para vestirse, alimentación o de ambulación, conforme el índice de independencia funcional. La valoración de la escala FIM sirve para evaluar la dependencia en una prestación solicitada.

La presentación del **FIM NO acredita la dependencia, esta será evaluada por el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad.**

*Los datos a completar en las planillas serán cotejados con Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la **evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.***

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL		
INDEPENDENCIA COMLETA	PUNTAJE	SIN AYUDA
Independiente Total (en tiempo y seguridad)	7	
Independiente con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	6	
DEPENDENCIA MODIFICADA	PUNTAJE	
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5	CON AYUDA
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4	
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3	
DEPENDENCIA COMPLETA	PUNTAJE	
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2	
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1	



Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____

DNI _____ Edad: _____

FIM TOTAL	DOMINIO	CATEGORÍAS	PUNTAJE
126 PUNTOS	MOTOR 91 PUNTOS	AUTOCAIDADO	
		1 ALIMENTACIÓN	
		2 ASEO PERSONAL	
		3 BAÑO	
		4 VESTIDO PARTE SUPERIOR	
		5 VESTIDO PARTE INFERIOR	
		6 USO DEL BAÑO	
		CONTROL DE ESFÍNTERES	
		7 CONTROL DE INTESTINOS	
		8 CONTROL DE VEJIGA	
		TRANSFERENCIAS	
		9 TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
		10 TRANSFERENCIA AL BAÑO	
		11 TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	COGNITIVO 35 PUNTOS	LOCOMOCIÓN	
		12 MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
		13 ESCALERAS	
		COMUNICACIÓN	
		14 COMPRENSIÓN	
		15 EXPRESION	
		CONEXIÓN	
		16 INTERACCIÓN SOCIAL	
		17 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
		18 MEMORIA	
		F.I.M. TOTAL	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- 1. ALIMENTACIÓN:** Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y que 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 la 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 ortesis y prótesis. Características de la dependencia.
- 5. VESTIDO PARTE INFERIOR:** Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse etc.
- 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 INTESTINO:** 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 pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y 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 bañera o ducha.
- 12. MARCHA / SILLA DE RUEDAS:** Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o populsar su silla de ruedas si no puede caminar.
- 13. ESCALERAS:** Implica subir y bajar escalones.
- 14. COMPRENSIÓN:** 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 habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de 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 las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

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

EVALUACIÓN GLOBAL: Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

OBSERVACIONES:



ANEXO 6 A - PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón Social del prestador: _____

CUIT: _____ IVA : _____ Ingresos Brutos: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico de contacto: _____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

DNI: _____ Edad: _____

Modalidad Prestacional a brindar / Especialidad: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde _____ hasta: _____

Almuerzo: SI / NO \$ _____ (valor sobre 22 días se factura por separado de prestación principal)

Monto Mensual: \$ _____

En caso de corresponder: Dependencia SI / NO

Matrícula Anual _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: \$ _____

Valor mensual: \$ _____

Observaciones: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

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

"Los aranceles serán ajustados en forma automática de acuerdo con normativa vigente".

.....
Firma y Aclaración del Prestador



ANEXO 6 B – PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____ CUIT: _____
Mail de contacto: _____ Teléfono: _____
Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____
Nombre Afiliado: _____ DNI: _____
Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): **Sí - No. IMPORTANTE:** En caso **afirmativo**, el prestador debe adjuntar a este presupuesto una **nota** detallando los Apoyos utilizados para justificar el cobro adicional (sujeto a auditoría)

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo _____ con Documento Tipo (.....) N° _____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde _____ hasta _____

Firma: _____

Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de _____

_____ Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____

Aclaración: _____ Documento: _____

ANEXO 7 - CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Apellido y nombre del Afiliado _____

Número de Afiliado: _____ DNI: _____

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.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

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 8. CAMBIO DE PRESTADOR

_____, ____ de _____ de 20____

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, el cambio de prestador para el tratamiento de (indicar prestación Ej Psicología) _____ que recibe mi hijo/a _____.

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

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

Motivo del cambio:

Firma Padre/ Madre/ Familiar Responsable:

Aclaración: _____

DNI: _____



ANEXO 9. PLANILLA DE PRESTADOR

- Razón Social: _____
- Matricula Nº: _____ CUIT Nº: _____
- Especialidad: _____
- Registro Nacional de Prestadores / RNP: _____
- Domicilio Fiscal: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dto: _____
- Localidad: _____ Pcia: _____ CP: _____
- Teléfono particular: _____ Mail: _____

DATOS IMPOSITIVOS

- Condición IVA: _____
- Condición Ingresos Brutos: _____
- Condición Impuesto a las ganancias: _____
- Tipo de Factura (indicar si es QR, uso modelo AFIP o propio): _____

DATOS BANCARIOS

- Cuenta: _____
- C.B.U.: _____
- Banco: _____

CONSULTORIO o LUGAR DE ATENCIÓN

- Domicilio: _____ N º: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
- Localidad: _____ Provincia: _____
- CP: _____ Teléfono: _____
- Mail: _____

Documentación para adjuntar: Constancia de CUIT, inscripción a Ingresos Brutos, constancia del CBU emitida por la entidad bancaria (no a través de cajero automático)



ANEXO 10. BAJA DE PRESTADOR

_____, ____ de ____ de 20____

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, la baja de la prestación (indicar prestación Ej. Psicología) _____ a cargo del/ la profesional _____

_____ que recibe mi hijo/a _____

_____ DNI _____ a partir del día _____.

Motivo de la baja:

Firma Padre/ Madre/ Familiar Responsable:

Aclaración: _____

DNI: _____