

COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2022

Tratamientos de Rehabilitación/ Habilitación

Instructivo para Beneficiarios

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 recibirán trámites con la documentación completa según el presente instructivo.

Se deberá presentar el esquema terapéutico completo para su evaluación por el Equipo Interdisciplinario, en su defecto se hará una reevaluación total del esquema prestacional autorizado.

Toda la documentación requerida por el Sector Necesidades Especiales 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 2022

A partir de este año la Obra Social ha implementado una herramienta digital para la carga de la documentación para el 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 serán notificado todo lo referente a las solicitudes realizadas así como también la carta de autorización.

Deberán reunir la siguiente documentación:

- **BENEFICIARIO**

- ◇ Certificado de Discapacidad vigente.
- ◇ Constancia de alumno regular 2022 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 estatales y por opción: último recibo de haberes.
- ◇ Afiliados Monotributistas: comprobante de los últimos 6 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo, se recuerda que los pagos mensuales del monotributo deben estar al día.
- ◇ El titular de la Obra Social tendrá que completar el **Anexo 1** detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD.
- ◇ Declaración Jurada de Afiliaciones (Ver **Anexo 2**).
- ◇ Cronograma de horarios semanal del beneficiario (Ver **Anexo 3**). Deberá ser completado y firmado por el afiliado titular donde detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individuales) que realice.

- **MEDICO**

- ◇ Resumen de Historia Clínica con diagnóstico, descripción del estado actual y evolución confeccionada por el médico tratante.
- ◇ Prescripción médica confeccionada por el médico tratante solicitando la prestación, indicando que la misma corresponde al año 2022.
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 del médico.

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

- **PRESTADOR**

- ◇ 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, 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, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- ◇ Instituciones: Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente
- ◇ Título habilitante para los profesionales registrados por la SSSalud que no cuenten con RNP.
- ◇ Constancia de CUIT.
- ◇ En caso de que el profesional/ institución no posea número de prestador en Unión Personal, deberá presentar la Planilla de Alta de Prestadores (Ver **Anexo 6**)
- ◇ Apoyo a la integración escolar:
 - Se deberá presentar el acta acuerdo entre la institución o maestra de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la Obra Social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la Integración. Deberá ser presentada dentro de los 60 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) (Ver **Anexo 7**) confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional de la institución.
 - b. Informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.
 - Transporte: presentar la planilla de independencia funcional (FIM) valorizada por el médico tratante (Ver **Anexo 7**)

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

- Informe semestral.
- Planilla de asistencia mensual

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

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

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

Podrán brindar la modalidad Maestro/a de Apoyo:

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

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

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

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

- Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditado para tal fin.

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

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

CAMBIOS DE PRESTADOR

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

- El Afiliado Titular deberá completar el **Anexo 9** detallando los motivos de dicho cambio, y los periodos trabajados por cada uno de las instituciones /profesionales, indicando nombre y apellido de los mismos. Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.
- **Anexo 1** de conformidad del nuevo prestador firmado por el afiliado titular
- Plan de abordaje individual del nuevo prestador 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 (Deberá especificar días y horarios de atención) (Ver **Anexo 5**)
- Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- En caso de que el profesional/ institución no posea número de prestador en Unión Personal, deberá presentar la Planilla de Alta de Prestadores (Ver **Anexo 6**)

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

- Acta acuerdo entre la nueva institución o maestra de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la Obra Social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la Integración. Deberá ser presentadas dentro de los 60 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.
- **Baja de Prestador:** se tendrá que completar el **Anexo 4** informando los motivos de la baja e indicando desde cuando se hace efectiva.

TRANSPORTE

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

Tendrán que presentar la siguiente documentación:

- Pedido médico con diagnóstico y justificación del pedido.
- **Anexo 1** completado por el afiliado titular dando conformidad a la prestación.
- Formulario de declaración jurada de posesión de vehículos con franquicia por discapacidad (Ver **Anexo 8**).
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) en caso de dependencia (Ver **Anexo 7**) completada por el médico tratante.
- Formulario de Traslados Especiales, indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación (detallando hora de ingreso y de egreso de los mismos, Ver **Anexo 10**) firmada por el afiliado titular

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

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

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

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

Anexo 1

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

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 2

Declaración Jurada de Afiliaciones

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

Declaro bajo juramento que el beneficiario que recibe el tratamiento.....
N° de DNI.....actualmente no se encuentra afiliado 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 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; y/o requerir el reembolso de todos los gastos
efectuados por la Obra Social por la atención del mismo.

Nombre y apellido:

Firma

Documento N°:

Anexo 3

CRONOGRAMA DE HORARIOS SEMANAL ESCUELA-TRANSPORTE-TERAPIAS

Indicar el horario de las actividades diarias (incluyendo horario de colegio, integración escolar, maestra de apoyo y terapias).

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
7HS						
8HS						
9HS						
10HS						
11HS						
12HS						
13HS						
14HS						
15HS						
16HS						
17HS						
18HS						
19HS						

Firma del padre/tutor

Anexo 4

Declaración de baja prestación

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

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, la baja de la prestación de..... que recibe el afiliado/a.....

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

Motivo de la baja:

Firma:

Aclaración:

DNI:

Anexo 5

Fecha de emisión:

PRESUPUESTO 2022

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Nº de Afiliado:

Prestación a realizar:

Periodo de atención:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor sesión:

Observaciones:

Cronograma de asistencia

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

Prestador

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Correo electrónico:

CUIT:

Número de prestador de la Obra Social:

(En caso de no poseerlo completar Anexo 6)

Firma y Sello

N° de expediente de comunicación _____

A	B	M

CAMBIO DE RAZON SOCIAL

VIGENCIA ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/> Accord 310	<input type="checkbox"/> AC211	<input type="checkbox"/> Platino/Oslera Paltino	<input type="checkbox"/> Accord Azul	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Monotributo/ Servicio Dom.
<input type="checkbox"/> Accord 210	<input type="checkbox"/> AC101	<input type="checkbox"/> Dorado/Oslera Dorado	<input type="checkbox"/> Accord Verde	<input type="checkbox"/> PMO	<input type="checkbox"/> UP10
<input type="checkbox"/> Accord 110	<input type="checkbox"/> AC102	<input type="checkbox"/> Oslera	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> PMO Monotributo	<input type="checkbox"/>

Datos del Proveedor / Prestador

Razón social / Apellido y nombre: _____

N°CUIT: _____ Matricula: _____ Especialidad: _____

Dirección Particular: _____ C.Postal: _____

e-mail: _____ Tel.Celular: _____ Tel. Particular: _____

Clasificación del rubro al que se dedica: _____

Datos Bancarios e Impositivos

Cuenta bancaria: _____

Titular de la cuenta: _____

Tipo de cuenta:	<input type="checkbox"/> Caja de ahorro N°
	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente N°

C.B.U.: _____

Condición IVA: _____ Numero de INGRESOS BRUTOS: _____

IMPUESTO A LAS GANANCIAS: Gravado Exento (adjuntar certificado)

Cheques a la orden de: _____

Firma Prestador

Aclaración

Fecha

Sr. Prestador deberá adjuntar fotocopia de:

<input type="checkbox"/>	- TITULO MEDICO	<input type="checkbox"/>	- Copia de los estatutos sociales con la constancia de inscripción en el registro público (para sociedades)
<input type="checkbox"/>	- TITULO ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/>	- Acta de asamblea y directorio con designación de autoridades y cargos (para asociaciones)
<input type="checkbox"/>	- Habilitación consultorios o institución	<input type="checkbox"/>	- Copia de los poderes generales de administración del firmante (para sociedades)
<input checked="" type="checkbox"/>	- Inscripción en AFIP	<input type="checkbox"/>	- N° de prestador ante la SSS
<input checked="" type="checkbox"/>	- Inscripción Ingresos Brutos	<input type="checkbox"/>	- Seguro de Mala Praxis vigente personal y/o institucional

MOTIVO DE ABM*:

OBSERVACIONES:DISCAPACIDAD

<input type="checkbox"/>	Cartilla	<input type="checkbox"/>	Manupres	<input type="checkbox"/>	Única vez	<input type="checkbox"/>	Proveedor	<input type="checkbox"/>	NFC	<input type="checkbox"/>	Alta administrativa
Fecha y Firma			Fecha y Firma			Fecha y Firma					
Gcia. Salud			Gcia. Atención Personalizada			Gcia. Administración					
Coord Administrativa			Presidencia			Jurídicos					
Administración			Cartilla			Centro Autorizador					

* Este campo debe ser completado en TODOS los casos sin excepción.

Anexo 7

Medida de Independencia Funcional

Nombre:..... Edad:..... DNI:.....
N° de Beneficiario: 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)

Equipo Evaluador:.....

Fecha:.....

Anexo 8

Sres. Gerencia de Atención Personalizada

Sector Necesidades Especiales

Presente

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

Firma:

Aclaración:

DNI:

Anexo 9

Declaración de cambio de prestador

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

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

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

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

Motivo del cambio:

Firma:

Aclaración:

DNI:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE AFILIADO

FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR

TELÉFONOS

Casa

Celular

Trabajo

CORREO ELECTRÓNICO

INSTITUTO

NOMBRE

DOMICILIO DE ORIGEN

LOCALIDAD

DOMICILIO DE DESTINO

LOCALIDAD

Días (marcar con una x)

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

SÁBADO

Horario de INGRESO *

 :
 :
 :
 :
 :
 :

Horario de EGRESO *

 :
 :
 :
 :
 :
 :

* Horarios oficiales de la institución

PERÍODO AUTORIZADO

Desde el mes:

Hasta el mes:

TRATAMIENTO 1

NOMBRE

DOMICILIO DE ORIGEN

LOCALIDAD

DOMICILIO DE DESTINO

LOCALIDAD

Días (marcar con una x)

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

SÁBADO

Horario de INGRESO *

 :
 :
 :
 :
 :
 :

Horario de EGRESO *

 :
 :
 :
 :
 :
 :

* Horarios oficiales de la institución

Observaciones

Para completar por Obra Social

PERÍODO AUTORIZADO

Desde el mes:

Hasta el mes:

FECHA DE CONFECCIÓN

/ /