

SECTOR NECESIDADES ESPECIALES

COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2026

Tratamientos de Habilitación/ Rehabilitación

Instructivo para Beneficiarios/as

IMPORTANTE

Todas las solicitudes año 2026 serán evaluadas de acuerdo a la Resolución 1743/2024 SSSalud. En el caso de inicio, ampliación y modificación sólo 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 auditoría 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.

Sólo 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 edad.

Unicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

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 2026

RESOLUCION 1743/2024

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 según última Resolución. (Imagen completa).
- ☐ DNI del beneficiario/a.
- ☐ Constancia de alumno/a regular 2026 con CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos. Deberá ser presentado con el comienzo del ciclo lectivo.
- ☐ 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 digitalmente por el/la afiliado/a titular donde detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individuales) que realice. En caso de producirse modificaciones, el mismo deberá actualizarse.

- **MÉDICO/A**

- ☐ Resumen de historia clínica. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.
- ☐ Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por el/ la médico/a tratante. La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un/a médico/a de la institución en la que se efectuarán las prestaciones. Para cada prestación se debe indicar el periodo prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia (jornada simple-doble).

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: debe incluir período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
- ☐ Presupuesto prestacional en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla según **Anexo 3**, firmado por el prestador.
- ☐ Informe:
 - Informe de evaluación inicial. Se solicitará exclusivamente al **comienzo de una nueva prestación**, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
 - Informe evolutivo de la prestación: en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- ☐ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- ☐ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06MSalud).
- ☐ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- ☐ Título habilitante para los/las profesionales habilitados por el Mecanismo de Integración de la SSSalud que no cuenten con RNP.
- ☐ 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 al 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:
 - 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), confeccionada por Lic. en Terapia ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual (**Ver Anexo 6 y Anexo 7**)

DOCUMENTACION PARA LOS/AS PRESTADORES/AS DE PRESENTACIÓN 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 8**).
- Constancia de Inscripción en ARCA.
- 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.

La cobertura, total o parcial, del esquema terapéutico presentado será decisión de la Obra Social a través de la Evaluación del Equipo Interdisciplinario en Discapacidad

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

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

Las prestaciones de apoyo, aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal serán evaluadas y autorizadas por el Equipo Interdisciplinario **hasta un máximo de 6 sesiones semanales**. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en algunas de las otras modalidades previstas.

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.

Integración escolar/maestra de apoyo: la prestación deberá cubrir tanto la adaptación curricular como el acompañamiento en el aula de acuerdo con las necesidades del alumno. El módulo contempla un mínimo de 8 horas semanales y no tienen previsto un máximo de cantidad de horas.

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

APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO/A DE APOYO) SOLO SE CUBRIRA PARA LOS AFILIADOS/AS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES HASTA LA FINALIZACION DEL NIVEL DE EDUCACION SECUNDARIA.

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/a.
- 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 5** detallando los motivos de dicho cambio debidamente justificados por el médico/a tratante, 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 previo al cambio y deberán ser autorizados por el Equipo Interdisciplinario (**Ver anexo 5**). Caso contrario, el comienzo de la prestación sin autorización previa resultará responsabilidad del prestador/a y del afiliado/a titular.
- **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: debe incluir período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
- Presupuesto prestacional en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla según **Anexo 3**, firmado por el nuevo prestador.
- Informe de evaluación inicial en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el nuevo prestador.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- En caso de que el/la profesional/ institución no posea número de prestador en Unión Personal ver Alta de Prestador/a Hoja 4.

Si la prestación que se modifica corresponde a maestro/a de apoyo o apoyo a la integración escolar ver Apartado Integración escolar Hoja 3.

- **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. De acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a, la Resolución 428/99 y en conformidad con la Resolución 1743/2024 se deberá fundamentar la imposibilidad de utilizar el transporte público. 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.

A los efectos de evaluar la solicitud, el beneficiario deberá acreditar no poseer vehículos con franquicia por discapacidad. La Obra Social tendrá la potestad de solicitar los informes a los organismos pertinentes.

La documentación a presentar con carácter obligatorio es la siguiente:

- Pedido médico con diagnóstico fundamentado adecuadamente, que deberá aportar datos clínicos relevantes para su evaluación. Asimismo, deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público de pasajeros con acompañante.
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) que deberá ser completada por el/la médico/a tratante y/o terapeuta ocupacional. (Ver **Anexo 6**)
- En caso de solicitar dependencia se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional. El transporte con dependencia solo podrá ser solicitado a partir de los 6 años de edad y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario. (ver **Anexo 6** y **Anexo 7**)
- Conformidad de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor, según **Anexo 1 Transporte**.
- Formulario de Traslados Especiales que se debe completar de manera digital exclusivamente, indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación (detallando hora de ingreso y de egreso de los mismos).

Consideraciones generales

El domicilio del beneficiario deberá encontrarse actualizado en el padrón vigente de la Obra Social. Los días y horarios de los traslados solicitados en el formulario digital deben coincidir con lo indicado por el prestador en el presupuesto.

La Obra Social se reserva el derecho de asignar el prestador que brindará el servicio de transporte en móviles compartidos.

Solo se podrá solicitar la cobertura de transporte a prestaciones que se encuentren en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad brindadas en instituciones categorizadas por ANDIS.

El Equipo Interdisciplinario aplicará los siguientes criterios según Resolución 1743/2024 SSSalud:

- Priorización de prestadores más cercanos al domicilio del paciente.
- Evaluación y minimización de los tiempos de traslado, evitando tiempos exagerados que puedan impactar negativamente en el tratamiento del beneficiario.

La autorización estará sujeta a revisiones periódicas para asegurar que sigue siendo la opción más adecuada para las necesidades del beneficiario y la eficiencia del servicio.

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

Anexo 1 – INSTITUCIONES / PROFESIONALES

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026

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:

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 TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº ,
doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº 19.279 y sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presennte, 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:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº 19.279 y sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

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 3

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión:..... /..... /.....

Razón social del prestador:CUIT:

Numero de prestador.....

Domicilio donde se realiza la prestación:.....

Correo electrónico de contacto:Teléfono:

Beneficiario:DNI:.....

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:.....Categoría:

Período: desde:.....hasta:.....

Almuerzo: Sí No.

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

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

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

Firma y Aclaración del Prestador

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

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:

Justificación médica del cambio:

Firma y sello del médico:

Anexo 6

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:.....

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- 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 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

     									
REGISTRO DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES MÉDICAS									
PROVEEDOR N°:					FECHA SOLICITUD:				
PROFESIONAL ☐		INSTITUCION ☐		ALTA ☐		MODIFICACION ☐		BAJA ☐	
NOMBRE / RAZON 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:				
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.									
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 PLATINO		210 DORADO		110 VERDE		AC21 1 AZUL		AC101 AC102	
420 320		220 150							
CLASSIC ☐		FAMILIAR ☐		UP10 ☐		PMO ☐		MONOTRIBUTO ☐	
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:									