



DOCUMENTACION PARA PRESENTAR DE DISCAPACIDAD 2025 POR PARTE DE LOS PADRES O TUTOR

EL TRAMITE QUE DEBEN REALIZAR LOS FAMILIARES ANTE LA OBRA SOCIAL ES ANUAL (AÑO CALENDARIO).

- **Certificado de Discapacidad vigente y legible. (padre)**
- **Planilla datos personales del que va a recibir la prestacion (padre- Anexo I)**
- **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. (**solicitar al médico- Anexo II**)
- **Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor, (padre- Anexo III o VI)**
- **Prescripción de las prestaciones** comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante. Con firma, sello con tipo y número de matrícula, firma y sello del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuaran las prestaciones. (**solicitar al médico de cabecera pediatra, clínico o neurólogo**)

Para cada prestación se debe indicar el periodo prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia. (jornada simple-doble, cantidad de sesiones semanales).

Para la prestación transporte, en la prescripción se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.

• **Para la prestación Servicio de Apoyo a la Integración Escolar/ Maestra de apoyo:**

- 1) Constancia de alumno regular de la escuela de educación común con CUE. **(padre)**
- 2) Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. **(padre)**
- 3) Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular confeccionada por profesional / equipo tratante.

• **Para las prestaciones de Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar: Informe social,** que avale su necesidad, emitido por Licenciado en Trabajo Social.

La fecha de emisión de la conformidad de las prestaciones, los planes de abordaje, el diagrama de transporte y la aprobación de estos por parte del Agente del Seguro de Salud, deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera facturación de las prestaciones autorizadas.

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 V**), confeccionada por Lic. en Terapia ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

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 V**), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

**IMPORTANTE: LA DEPENDENCIA ES PARA MAYORES DE 6 AÑOS
Y LOS PRESTADORES QUE LA SOLICITEN DEBEN JUSTIFICAR
QUE SERVICIO ADICIONAL BRINDAN**

ANEXO I (Completar por padre/Tutor)
DATOS AFILIATORIOS 2025

Número de
afiliado: _____ DNI: _____ Edad: _____

Nombre del beneficiario: _____

Lugar y fecha de emisión: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

Domicilio actual: _____

Localidad/Provincia: _____

Teléfono particular _____

Teléfono celular: _____ Parentesco _____

Mail: _____

Por favor recordar informar cualquier cambio de contacto y controlar el correo electrónico ya que es el medio de contacto que se utiliza para discapacidad, donde informamos todo lo importante durante todo el año.

ANEXO II – RESUMEN DE HISTORIA CLINICA 2025

(Para ser cumplimentada por el médico tratante)

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....

DNI:..... Fecha de nacimiento:.....

Edad:..... Sexo:..... N° de Beneficiario:.....

Nacionalidad:.....

Nombre y Apellido de Madre, Padre, Tutor o Encargado:.....

Resumen de la historia clínica, evolución de la enfermedad y del paciente

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma de medico

Fecha

ANEXO III – CONFORMIDAD DE LA PRESTACION 2025

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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 .

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 _____

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 IV – CONFORMIDAD DE TRANSPORTE 2025

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/ DNI:

Yo... con Documento

Tipo (.....) N° , doy mi

conformidad respecto al diagrama de traslados por el periodo:

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: _____

DNI: _____



FORMULARIO FIM-Anexo V 2025

Nombre y apellido:..... N° Afiliado:..... Edad:.....

Tipo y número de documento:.....

Diagnostico:.....

El presente formulario deberá ser completado sólo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos en patologías motoras y psiquiatría, en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica y reviste carácter de declaración jurada.

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional:

ESCALA

- Independiente total. 7
- Independiente con adaptaciones. 6
- Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente. 5
- Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más. 4
- Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más. 3
- Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más. 2
- Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25% 1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
14	Comprensión	
15	Expresión	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE TOTAL FIM		

Firma y sello de Auditoria

Firma y sello de medico



DOCUMENTACION PARA PRESENTAR DE DISCAPACIDAD 2025 POR PARTE DE LOS PRESTADORES

- **Presupuesto prestacional** en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla (Anexo VI)
- **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.
- **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.
- **Plan de abordaje individual:** período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
- **Informe de seguimiento semestral** de la prestación brindada.
- **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.
- **Título habilitante y certificado analítico de materias** para la prestación de Maestro de Apoyo.
- **CBU, Constancia de CUIT, seguro**

El equipo interdisciplinario de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga en caso de considerarlo pertinente, podrán solicitar documentación respaldatoria adicional.

**IMPORTANTE: LA DEPENDENCIA ES PARA MAYORES DE 6 AÑOS
Y LOS PRESTADORES QUE LA SOLICITEN DEBEN JUSTIFICAR QUE
SERVICIO ADICIONAL BRINDAN**

ANEXO VI-PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2025

Fecha de emisión:_____/_____/_____
Razón social del prestador:_____
CUIT:_____
Domicilio donde se realiza la prestación:_____
Correo electrónico:_____
Tel:_____
Beneficiario:_____ DNI:_____
Modalidad prestacional a brindar:_____
Tipo de jornada a realizar:_____ Categoría:_____
Periodo Desde_____ hasta_____ Año:_____
Almuerza: SI – NO
Monto mensual:_____

En caso de corresponder
Dependencia: SI – NO
Matricula anual:_____
Cant de sesiones mensuales:_____ Monto por sesión:_____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y sello/aclaración del prestador



DOCUMENTACION PARA PRESENTAR DE DISCAPACIDAD 2025 POR PARTE DE LOS TRANSPORTES

- Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor, según ANEXO VII.
- Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor, según ANEXO IV.
- Google maps con recorrido.
- Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir, constancia de CUIT y CBU.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

**IMPORTANTE: LA DEPENDENCIA ES PARA MAYORES DE 6 AÑOS
Y LOS PRESTADORES QUE LA SOLICITEN DEBEN JUSTIFICAR QUE
SERVICIO ADICIONAL BRINDAN**

ANEXO VII – TRANSPORTE 2025

Fecha de emisión: ____/____/____
 Razón social del prestador: _____
 CUIT: _____
 Correo electrónico: _____
 Tel: _____
 Beneficiario: _____ DNI: _____
 Periodo Desde _____ hasta _____ Año: _____
 Compañía de seguros: _____
 Póliza N°: _____

DIAGRAMA DE TRASLADO

viaje	Domicilio de partida	Domicilio de llegada	Km x viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

CRONOGRAMA DE TRASLADO: marcar con una cruz los días de traslado

Día	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
1						
2						
3						

Total de KM mensuales: _____

Adic. Dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI – NO

Valor del KM: _____

Monto mensual: _____

 Firma y aclaración de transportista

DOCUMENTACION PARA PRESENTAR DE DISCAPACIDAD 2025 PRESCRIPCIONES (PARA MEDICOS TRATANTES)

AMBULATORIO, INSTITUCIONAL O EDUCACION ESPECIAL Y/O TRANSPORTE

Las indicaciones deben ser confeccionadas por el médico tratante (puede ser pediatra o neurólogo, no puede ser un médico del centro prestador), con letra clara y sin tachaduras, de ser necesario salvadas por el mismo profesional, firma y sello donde figure la especialidad.

Debe figurar **en cada una de las prescripciones** de práctica o transporte los siguientes datos:

- Nombre y apellido del afiliado
- Edad
- Número de afiliado
- DNI
- Diagnóstico
- Tipo de prestación
- Frecuencia semanal y/o mensual
- Periodo anual (mes de inicio, mes de finalización y año).
- Historia clínica según planilla adjunta (Anexo II).

Si es rehabilitación ambulatoria, el médico tratante debe extender una receta por cada especialidad que solicite (fonoaudiología, psicología, terapia ocupacional, sicopedagogía, etc.). De ser módulo, aclarar si es Integral Intensivo, Integral Simple, Maestra de Apoyo, etc.

Si es Institucional, especificar tipo de institución (Centro de día, hogar, etc.) y tipo de Jornada (Si es simple o doble).

Si es educación especial, especificar tipo de educación (Pre-primaria, primaria, formación laboral) y tipo de Jornada (Si es simple o doble).

Si requiere transporte porque el beneficiario no puede trasladarse en transporte público, el médico tratante debe indicar el motivo. También deberá especificar hacia donde lo traslada por ejemplo colegio, kinesiología, etc...por cada prestación.

Debe aclarar si requiere DEPENDENCIA y de ser así el motivo. En este caso el médico tratante debe cumplimentar el FIM que se adjunta.

La fecha de emisión de la orden médica debe ser anterior al inicio de las prestaciones y debe tener firma y sello legible del médico tratante.

Consideraciones importantes

Estimulación temprana:

- Cuando el beneficiario tiene entre 1 y 4 años, la prestación a solicitar es Estimulación temprana y la misma debe ser brindada por un centro habilitado como tal. Se autorizará lo que la Superintendencia de servicios de Salud considera adecuado para los niños de esta edad que es una cantidad máxima de 3 sesiones semanales.

Rehabilitación:

- La cantidad máxima de sesiones que la obra social autorizará es de 35 sesiones totales entre todos los profesionales intervinientes ya que dicha cantidad es lo que la Superintendencia de Servicios de Salud considera adecuado.

Dependencia:

Para que se autorice este adicional, debe estar solicitado (pedido medico) y justificado (anexo FIM) por el médico y por el prestador, detallando en una nota que servicio adicional le brinda al beneficiario que justifique el adicional, ya que la dependencia es para cuando no llegan a alcanzar el grado de autonomía que se necesita en la prestación. Solo se autoriza a mayores de 6 años de edad.