OSSdeB
Fideicomiso
"Obra Social de Serenos
de Buques - Fideisalud S.A."

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2027

## AFILIADOS

prestacionesdisc@fideisalud.com.ar / 0800-345-7332 Tte. Gral. Juan Domingo Perón 1606 - CABA

## RECOMENDACIONES GENERALES

• Para solicitar cobertura por la Obra Social se deberá presentar toda la documentación EN FORMA CONJUNTA.

• Toda planilla a completar por el médico tratante, padre o tutor, debe confeccionarse con misma letra y tinta, sin enmiendas ni tachaduras (de no ser así será motivo de rechazo). Asimismo sólo un médico deberá confeccionar todas las planillas que correspondan.

• **En ningún caso la recepción de la documentación significa la autorización de la cobertura solicitada.** No se reconocerá el pago de prestaciones brindadas antes de la evaluación del equipo interdisciplinario de la obra social.

**Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura con el profesional o institución que no se encuentre inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).**

**prestacionesdisc@fideisalud.com.ar | Tte. Gral. Juan Domingo Perón 1606 – CABA | Tel: 0800-345-7332**

## DOCUMENTACIÓN - Aclaraciones preliminares

• Las planillas adjuntas son de presentación obligatoria SIN EXCEPCIÓN.

• El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta neta responsabilidad del prestador y NO obliga a la OS a cubrir las prestaciones.

• Todos los formularios que se presenten deberán poseer FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

• Debe existir total coincidencia entre prestaciones (incluida cantidad de sesiones) presupuestadas y las indicadas por el médico tratante.

• **La existencia de cobertura en años anteriores no da derecho al profesional interviniente a continuar con la prestación sin previa autorización.**

• Se considera que cada sesión tiene una duración mínima de 45 minutos. No se autorizará más de una sesión por día de la misma especialidad.

• **El equipo interdisciplinario podrá requerir la documentación necesaria a los fines de evaluar o modificar la frecuencia/cantidad de sesiones.**

• Se autorizará el transporte si y sólo si se encuentra debidamente justificado. Para recorridos > 1000 km mensuales presentar Certificación policial de domicilio.

• Para Integración Escolar, si la institución se niega a firmar el acta acuerdo, presentar copia del libro de actas y nota explicativa de la familia.

• En caso de cambio de profesional actuante, presentar nota formal explicando los motivos del cambio junto a la documentación del nuevo profesional.

• Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario podrá realizar seguimiento mediante visitas, llamados o entrevistas.

## CONSIDERACIONES GENERALES

• Adjuntar copia del Certificado de discapacidad VIGENTE.

• Adjuntar CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR detallando el CUE (Código Único Establecimiento) que debe solicitarse a la institución, escuela común, escuela especial, CET o CD (Centro de Día).

• Utilizar check-list para controlar que la documentación esté completa y en condiciones de ser presentada.

## HOJA DE VERIFICACIÓN (CHECKLIST)

Tildar la documentación presentada. Todo lo solicitado es indispensable para la autorización de prestaciones.

Nombre y Apellido: _____DNI: _____

| DOCUMENTACIÓN PERSONAL |
|---|
| ☐ Fotocopia del certificado único de discapacidad vigente (para todos los casos). |
| ☐ Certificado de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el médico tratante en caso de no estar escolarizado. |
| ☐ Cronograma indicando la distribución de todas las actividades pautadas que realiza el beneficiario. |
| ☐ Conformidad de prestación 2026. |
| **DEL MÉDICO** |
| ☐ Prescripción médica. |
| ☐ Solicitud de transporte. |
| ☐ Informe médico. |
| ☐ Valoración por escala FIM e informe cualitativo confeccionado por el médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional. |
| **DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL** |
| ☐ Informe inicial / Plan de tratamiento firmado, indicando período de la presentación. |
| ☐ Presupuesto firmado y Registro Nacional del Prestador (RNP) vigente para la prestación solicitada. |
| ☐ Constancia de inscripción en ARCA y comprobante de CBU. |
| ☐ En caso de institución: copia de la categorización vigente. |
| ☐ Título habilitante (en caso de ser profesionales independientes). |
| ☐ En caso de Maestra o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar:<br>Acta acuerdo y Proyecto de Integración / Adaptación curricular. |
| **TRANSPORTISTA** |
| ☐ Constancia de inscripción en ARCA y comprobante de CBU. |
| ☐ Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo (VTV vigente). |
| ☐ Presupuesto. |
| ☐ Mapa de menor recorrido de transporte. |
| ☐ Conformidad de prestación. |

_____

Firma y Aclaración (Padre / Madre / Tutor)

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Fecha: _____

Nombre y Apellido: _____

DNI N°: _____

## DIAGNÓSTICO

_____

_____

## PRESTACIÓN

(Aclarar tipo de terapias, frecuencia semanal y modalidad de concurrencia. En caso de corresponder aclarar tipo de jornada. Para integración escolar aclarar si es EQUIPO o MAESTRA/O de apoyo).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

## PERÍODO

Desde mes: _____ Año: _____

Hasta mes: _____ Año: _____

_____

Firma y sello del Médico Tratante

## VALORACIÓN POR ESCALA FIM

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____

DNI: _____ Nº Beneficiario: _____

Institución: _____

## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

| | ACTIVIDAD | Ptje. |
|---|---|---|
| | **AUTOCUIDADO** | |
| 1 | Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida) | |
| 2 | Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes) | |
| 3 | Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama) | |
| 4 | Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis) | |
| 5 | Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse, así como colocar ortesis o prótesis) | |
| 6 | Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata) | |
| | **CONTROL DE ESFÍNTERES** | |
| 7 | Controlar intestinos (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 el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas etc.) | |
| | **MOVILIDAD 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 a toilette (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 Ej.: escritura, gestos signos etc.) | |
| **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, respetar límites) | |
| **17** | Resolución de Problemas (implica resolver problemas cotidianos) | |
| **18** | Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares) | |
| | **PUNTAJE FIM TOTAL** | |

## NIVELES DE PUNTAJE

Todos los ítems se deben calificar. Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita dos ayudantes se califica con un 1.

**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 y/o Profesional

_____

Sello

## INFORME MÉDICO CON ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS

(A ser completado por el Médico Tratante)

Fecha

Firma y Sello del Médico

## TÉRMINOS Y/O CONDICIONES PARA LA PROVISIÓN DE INSUMOS Y AYUDAS TÉCNICAS

La Obra Social a través de su respectiva área de Discapacidad proveerá, previo análisis de la condición de salud de cada afiliado (acreditada mediante Certificado Único de Discapacidad y Resumen de Historia Clínica Actualizado), de los elementos ortopédicos que fuesen requeridos por los profesionales tratantes. Por lo cual, tanto los afiliados como sus familiares a cargo deberán previamente aceptar los puntos a continuación señalados:

1. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica autorizados al afiliado son propiedad de la Obra Social, y por lo tanto se entregan en carácter de COMODATO, y por el plazo en que la condición de salud del afiliado amerite el uso de los mismos.
2. El afiliado y/o familiar a cargo del mismo deberá realizar un uso correcto del elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado, preservándolo de roturas o daños de todo tipo, excepto por el desgaste propio que estos y/o que sus componentes presenten normalmente.
3. Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, todo daño sobre el material entregado que NO ocurra en un tiempo esperado de uso, deberá ser reparado pudiendo hacer uso de la garantía que el mismo presenta, quedando exenta la Obra Social de cubrir la reparación del mismo.
4. Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, tanto la pérdida y/o sustracción del material entregado, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.
5. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica que por diversas circunstancias no sea utilizado por el afiliado, deberá ser devuelto a la Obra Social de acuerdo a lo observado en el punto 1.
6. La Obra Social se obliga a entregar los elementos autorizados, ya sea en su sede y/o en una ortopedia, y/o donde lo indique. La totalidad de los gastos y cualquier responsabilidad que eventualmente genere tanto el retiro de los mismos, como su devolución, son por cuenta exclusiva y total del afiliado y/o familiar a cargo.
7. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado por la Obra Social, cumpliendo las especificaciones del pedido conforme a la documentación recibida en la Obra Social, y que por responsabilidad del afiliado (y/o familiar a cargo) o médico prescriptor del mismo no cumpla con las características acorde para su uso, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.

Quien suscribe, _____, con DNI _____y en carácter de _____, presto conformidad con los puntos enunciados, a los ____ días del mes de _____ de 20__

Firma y aclaración: _____

Insumo entregado: _____

Afiliado a quien representa (en caso de ser familiar a cargo): _____

## CRONOGRAMA DE PRESTACIONES 2027

(Entrega obligatoria al momento de presentar la documentación)

Afiliado: _____ Edad: _____ Fecha Nac: ____/____/_____
Diagnóstico: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

**PRESTACIONES RECIBIDAS**

| Hora | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|---|---|---|---|---|---|
| 08:00 | | | | | |
| 09:00 | | | | | |
| 10:00 | | | | | |
| 11:00 | | | | | |
| 12:00 | | | | | |
| 13:00 | | | | | |
| 14:00 | | | | | |
| 15:00 | | | | | |
| 16:00 | | | | | |
| 17:00 | | | | | |
| 18:00 | | | | | |
| 19:00 | | | | | |
| 20:00 | | | | | |

_____

Firma y Aclaración del Titular de la Obra Social

## CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2027

Fecha: ____ / ____ / _____

Apellido y Nombre del Beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yo _____ con Documento tipo (_____) Nº _____, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

| Prestación | Prestador | Período (Desde / Hasta) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

_____

Firma y Aclaración (Padre / Madre / Tutor)

### 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 detallada/s precedentemente.

_____

Firma

_____

Aclaración

_____

Documento