

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Afiliados -

Recomendaciones generales

IMPORTANTE

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

∴ NO se recibirán entregas parciales o que no cumplan con los requisitos solicitados.

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

∴ En ningún caso LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SIGNIFICARÁ AUTORIZACIÓN DE LA COBERTURA SOLICITADA.

∴ Las prestaciones serán reconocidas en forma retroactiva hasta 2 (dos) meses previos (dentro del año calendario) a la presentación del expediente completo, en condiciones de ser aprobado en la Obra Social.

∴ NO se reconocerá la cobertura de prestaciones desde el inicio del año cuando el expediente haya sido iniciado en el segundo semestre.

Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura con el profesional o la 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

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 al periodo solicitado NO DA DERECHO AL PROFESIONAL INTERVINIENTE (PARTICULAR O INSTITUCIÓN) A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD NI OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR DICHAS PRESTACIONES SIN EL PREVIO ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Afiliados -

En algunos casos si fuera necesario el área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

En las especialidades de psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, rehabilitación, etc. Se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 50 minutos, por lo cual no podrá facturarse más de una sesión aduciendo que se prolonga más allá del tiempo mencionado.

No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

En los casos en los que se produzca (por diferentes circunstancias) un cambio de profesional actuante, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, nota formal explicando los motivos del cambio.

DOCUMENTACIÓN. CONSIDERACIONES GENERALES.

- Adjuntar copia de 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).
- Adjuntar recibo de haberes o 6 (seis) últimos pagos de monotributo.
- Utilizar check-list para controlar que la documentación esté completa y en condiciones de ser presentada.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Afiliados -

HOJA DE VERIFICACIÓN

Tildar documentación presentada

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para la autorización de prestaciones

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

<p>DOCUMENTACIÓN PERSONAL (para todos los casos) Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia certificado de discapacidad vigente. <input type="checkbox"/> En caso de ser monotributista: fotocopias de los 6 últimos pagos. <input type="checkbox"/> Certificado de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el médico tratante en caso de no estar escolarizado. <input type="checkbox"/> Cronograma indicando la distribución de todas las actividades pautadas que realiza el beneficiario (ver modelo adjunto).
<p>DEL MÉDICO Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Resumen historia clínica (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Prescripción médica (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Valoración FIM (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Solicitud de transporte (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Informe médico (ver modelo adjunto).
<p>DEL PRESTADOR Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informe inicial firmado. <input type="checkbox"/> Consentimiento a plan de tratamiento. <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento original firmado indicando período de la prestación. <input type="checkbox"/> Presupuesto original firmado (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Registro Nacional del Prestador (RNP) vigente para la prestación solicitada. <i>Excluyente.</i> <input type="checkbox"/> Constancia de inscripción en AFIP y CBU. <input type="checkbox"/> En caso de institución: copia de la categorización vigente. EXCLUYENTE. <input type="checkbox"/> Título habilitante (en caso de ser profesionales y no una institución). <input type="checkbox"/> En caso de solicitar Apoyo a la Integración Escolar adjuntar: <input type="checkbox"/> Acta acuerdo. <input type="checkbox"/> Proyecto de Integración - Adaptación curricular.
<p>TRANSPORTISTA Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Constancia de inscripción de AFIP y CBU. <input type="checkbox"/> Habilitación actualizada de la empresa que factura y el vehículo que realiza el trabajo. <input type="checkbox"/> Presupuesto original (ver modelo adjunto). <input type="checkbox"/> Mapa de menor recorrido de transporte. INDISPENSABLE. <input type="checkbox"/> Consentimiento de traslados.

FIRMA Y ACLARACIÓN (madre/padre/tutor) _____

**Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad**

Fecha

Nombre y Apellido

DNI N°

DIAGNÓSTICO

PRESTACIÓN

Aclarar tipo de terapias, cantidad y frecuencia semanal de las mismas o modalidad de concurrencia.

En caso de colegio especial aclarar tipo de jornada.

En caso de integración aclarar si es EQUIPO o MAESTRA/O DE APOYO.

PERÍODO

DESDE MES:..... AÑO:.....

HASTA MES:..... AÑO:.....

Firma y sello del Médico Tratante

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Afiliados -

Valoración por Escala FIM

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

DNI:

Nº BENEFICIARIO:

INSTITUCIÓN:

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)		
ACTIVIDAD		Ptje.
AUTO CUIDADO		
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		

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Afiliados -

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		

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:

.....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(COMPLETAR EN SU TOTALIDAD LOS CAMPOS O TACHAR SI NO CORRESPONDE)

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____ Edad: _____ Sexo: _____

Nacionalidad: _____

Documento(tipo y n°): _____ N° Beneficiario _____

Domicilio: _____

Nombre y apellido madre/padre/tutor/encargado: _____

Diagnóstico: _____

Plan terapéutico indicado

(módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevará adelante el tratamiento)

Razón social: _____

Domicilio de atención: _____

Modalidad de concurrencia: (días, horarios, modalidad de asistencia, jornada simple o doble)

En caso de modalidades de integración

Nombre de la institución educativa común: _____

Domicilio de la institución: _____

Traslados

Origen: _____

Destino: _____

Tratamiento/especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:

Km recorridos por viaje: _____

Km totales mensuales: _____

Dependencia: SI / NO

Justificación clínica de la dependencia: (especificando puntaje en escala FIM)

Firma y sello 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):

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Afiliados -

CRONOGRAMA DE PRESTACIONES

(Entrega obligatoria al momento de presentar la documentación)

AFILIADO:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: __ / __ / ____

DIAGNÓSTICO:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

PRESTACIONES RECIBIDAS

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						

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Afiliados -

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
16:30						
17:00						
17:30						
18:00						
18:30						
19:00						
19:30						
20:00						

Firma del Titular de la obra social:

Aclaración: