COBERTURA POR DISCAPACIDAD

Todas las solicitudes serán evaluadas de acuerdo a la Resolución 1743/2024, tanto para el inicio, ampliación y/o modificación de tratamientos individuales y/o institucionales y/o transporte, la documentación respaldatoria se presentará antes del comienzo de las prestaciones, caso contrario su vigencia quedará sujeta a la evaluación y determinación del Equipo Interdisciplinario.

Se debe presentar el **esquema terapéutico completo**. Si el plan prestacional aprobado es objeto de modificación, el Equipo Interdisciplinario procederá a su reevaluación integral, pudiendo ajustar o modificar el plan original en función de las nuevas necesidades.

Las autorizaciones serán emitidas por la Obra Social una vez que complete la documentación y estarán vigentes en los periodos previstos en la autorización siempre que el beneficiario conserve la calidad de AFILIADO ACTIVO en la Obra Social y el CUD se encuentre VIGENTE.

IMPORTANTE

Únicamente se dará cobertura a las prestaciones autorizadas, que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad y el profesional o la institución se encuentre inscripto en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) y/o Secretaría Nacional Agencia de Discapacidad (ex Andis, SNR) según corresponda.

Datos de Contacto

- Luciana Vargas**: +54 9 223 456-1442 (solo WhatsApp)**

LEGAJO INDIVIDUAL

Enviar los documentos completos y firmados a: discapacidad@ospesca.org.ar

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
1	Planilla de admisión (*solo para nuevos beneficiarios*)	
2	DNI (frente y dorso)	
3	Certificado Único de Discapacidad vigente.	
4	Resumen de Historia Clínica con diagnóstico, descripción del estado actual y evolución, realizada por el médico tratante (RHC).	
5	Medida de Independencia Funcional (FIM)	
6	Constancia de Alumno Regular con identificación de Clave Única de Establecimiento.	
7	Indicaciones médicas *****	

****Todas las indicaciones deben estar realizadas por el mismo médico tratante aclarando teléfono y correo de contacto del profesional.***

Las imágenes se deben identificar por su contenido, ser legibles y enviadas en forma individual en el mismo correo.

PLANILLA DE ADMISIÓN

- Integración -

Lugar y fecha: .....

Datos del titular de la obra social

DNI			CUIL			
Apellido y nombre						
Domicilio actual						
Correo electrónico						
Tel/Cel						
Vínculo	Padre		Madre		Tutor	

Datos de la persona que tramita la solicitud

DNI			CUIL			
Apellido y nombre						
Correo electrónico						
Tel/Cel						
Vínculo	Padre		Madre		Tutor	

Datos del afiliado causante

DNI		CUIL	
Apellido y nombre			
Domicilio actual			

Datos del médico tratante

Apellido y nombre	
Especialidad	
e-mail	
Tel / Cel	

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado esta declaración, sin falsear ni omitir dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

Resumen de Historia Clínica

Apellido y nombre del beneficiario/a: .....

DNI de afiliado/a: ..... Edad: .....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....

Descripción del estado actual: .....

.....

.....

.....

Evolución del cuadro clínico de base: .....

.....

.....

.....

Antecedentes de tratamientos terapéuticos y/o intervenciones educativas: .....

.....

.....

.....

Profesional médico tratante, firma y sello: .....

Fecha: .....

Medida de Independencia Funcional

Nombre y apellido: ..... DNI: .....

Edad: ..... Institución y/o transporte: .....

Categorías		Puntaje
Autocuidado		
1	Alimentación (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (Implica aseo completo del cuerpo del cuello para abajo)	
4	Vestirse parte superior (Implica vestir 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)	
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 toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrara y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción		
12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (implica la 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	

Nivel de Funcionalidad

7. Independiente total
6. Independiente con adaptaciones
5. Solo requiere supervisión
4. Solo requiere asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
3. Requiere asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
2. Requiere asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
1. Requiere asistencia total (menor del 25% de independencia)

Fecha: ..... Firma y sello: .....