



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2025. DOCUMENTACIÓN MÉDICA

**Legajos 2025:
Recepción a partir del día lunes 30 de SEPTIEMBRE de 2024.**

IMPORTANTE: NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL INFORME DE ADMISIÓN O EL INFORME EVOLUTIVO (SEGÚN SEA EL CASO) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.

EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA EN SÍ MISMA SU AUTORIZACIÓN.

El presente Instructivo queda sujeto a futuros cambios de normativas por parte del Ministerio de Salud, de la Agencia Nacional de Discapacidad y/o de la Superintendencia de Seguros de Salud.

Versión actualizada al 13/09/2024.

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse con el Sector DISCAPACIDAD Tel.: 4341-8090 Int.: 946/952

e-mail: sur.disca@uthgra.org.ar / <https://osuthgra.org.ar/guia-de-tramites/>

Sr. Beneficiario:

Documentación para hacer completar por el médico de cabecera, que puede ser:

- **Pediatra o Médico Clínico, según la edad de la PcD**
- **Neurólogo**
- **Psiquiatra**
- **Fisiatra**

Documentación Médica necesaria para todos los tratamientos:

1. **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - ANEXO IV** confeccionada por el **Médico de Cabecera (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra)**. 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. **COMPLETO, LEGIBLE** con fecha **anterior** al comienzo del tratamiento. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del médico.
2. **PEDIDO MÉDICO:** indicando Nombre y Apellido, Nro. de DNI, Diagnóstico del Beneficiario y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir **LEGIBLE** y con fecha **ANTERIOR** al comienzo del tratamiento. Si se solicita:

Las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo deberán estar sujetas al año calendario.

- **PRESTACIONES EDUCATIVAS:** debe *indicar el tipo de Jornada Simple o Doble* y período solicitado. (Ej. EGB, Jornada simple de FEBRERO a DICIEMBRE 2025). Anexo VI - Pedido Médico Instituciones.
- **CENTRO DE DÍA Y CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO** debe *indicar el tipo de Jornada Simple o Doble*, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. CET, Jornada completa de ENERO a DICIEMBRE 2025). Anexo VI - Pedido Médico Instituciones.
- **HOGAR, HOGAR CON CENTRO DE DÍA, HOGAR CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO** debe *indicar el tipo de modalidad*, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. HOGAR de lunes a viernes con CET de ENERO a DICIEMBRE 2025). Anexo VI - Pedido Médico Instituciones.
- **SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR** debe indicar el período solicitado. (Ej. Integración Escolar por equipo, de FEBRERO a DICIEMBRE 2025). Anexo VIII - Pedido Médico SAIE - Maestra de Apoyo.
- **MAESTRA DE APOYO:** debe indicar el período solicitado. (Ej. Maestra de Apoyo, de MARZO a DICIEMBRE 2025). Anexo VIII - Pedido Médico SAIE - Maestra de Apoyo.
- **TRANSPORTE ESPECIAL:** El pedido de transporte especial debe indicar la prestación a la que asiste, lugar de partida y destino, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. transporte especial desde su domicilio a CET de enero a diciembre de 2025). Anexo IX - Pedido Médico Transporte.

Las solicitud de las prestaciones puede o no estar sujeta al año calendario, se corresponderá con el período prescripto y podrá ser igual o menor a un año.

- **TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:** debe detallar la especialidad, frecuencia semanal o mensual y período solicitado. (Ej.1: fonoaudiología 2 veces por semana de enero a diciembre 2025 o Ej.2: fonoaudiología 2 veces por semana de marzo

2025 a febrero 2026). Anexo VII - Pedido Médico Rehabilitación.

- **TRANSPORTE ESPECIAL:** El pedido de transporte especial debe indicar la prestación a la que asiste, lugar de partida y destino, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. 1: transporte especial desde su domicilio a fonoaudiología de enero a diciembre de 2025 o Ej. 2: transporte especial desde su domicilio a fonoaudiología de marzo 2025 a febrero 2026). Anexo IX - Pedido Médico Transporte.

Documentación Médica necesaria para CET, CED y Hogares:

1. **FIM – Escala de Independencia Funcional - ANEXO V:** 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**. (Res. 1743/2024 SSSalud.)

Documentación Médica necesaria SOLO para Transporte:

1. **FIM – Escala de Independencia Funcional - ANEXO V:** En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de **transporte especial** 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**. (Únicamente para beneficiarios mayores de 6 años).

La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. Asimismo, debe figurar “**TRANSPORTE**” como **Orientación Prestacional dentro del CUD**.

La cobertura se brindará hasta un total de **1500 km mensuales**, entre todos los destinos; pudiendo la Obra Social solicitar la derivación a otro establecimiento de igual calidad prestacional, más cercano a su domicilio, así como re-pautar la frecuencia de asistencia, los cronogramas de tratamiento y/o solicitar un informe médico (sujeto a evaluación), el cual deberá avalar:

- La necesidad de concurrencia al establecimiento y/o prestador seleccionado y la frecuencia de asistencia que motive dicho requerimiento.
- La falta de un prestador categorizado y de igual calidad prestacional más cercano a su domicilio.
- La incidencia de las distancias, en el cuadro y evolución del beneficiario.

En caso de solicitar transporte a escuela común, centros de rehabilitación, centros educativos terapéuticos, se deberá adjuntar la Constancia de Alumno Regular con CUE o Constancia de Asistencia a dicha institución para acreditar concurrencia.

IMPORTANTE:

La fecha de emisión del pedido médico no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en el mismo. **Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador/ Institución/ Transporte presupuesta.**

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidad deberán encontrarse categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad - ANDIS.

Puede realizarse la consulta en la siguiente página web:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

ANEXO IV - Resumen de Historia Clínica (Completar en su totalidad)

Apellido y Nombre:	Fecha:	
DNI:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	
Antecedentes clínicos en relación a la patología de base (CUD):		
Descripción integral de la condición de salud del paciente:		
En relación a:	Dependiente:	Autoválido:
* Alimentación	Dependiente:	Autoválido:
* Vestido	Dependiente:	Autoválido:
* Higiene	Dependiente:	Autoválido:
Prestaciones que recibe actualmente:		
Evolución del paciente alcanzada con los tratamientos realizados:		
Firma, Aclaración y Sello del Médico tratante:		



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO VI - Pedido Médico Instituciones

Nombre y Apellido del beneficiario:

Nro. Afiliado:.....

D.N.I:.....

Diagnóstico:.....

.....

Solicito (*): Centro de Día - Centro Educativo Terapéutico - Educación Inicial - EGB - Formación Laboral - Aprestamiento Laboral - Hogar Permanente con CED - Hogar Permanente con CET - Hogar Permanente - Otros:.....

.....

Jornada (*) Simple / Doble

Con Dependencia (*): SI No

Período de Prestación: desde:.....hasta:.....

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

(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación)

Firma y sello del Médico tratante

(*) Tachar lo que no corresponda.



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO VII - Pedido Médico Rehabilitación

Nombre y Apellido del beneficiario:

Nro. Afiliado:.....

D.N.I.:.....

Diagnóstico:.....
.....

Solicito tratamiento de rehabilitación:

.....sesiones de
(cantidad) (terapia)

.....sesiones de
(cantidad) (terapia)

.....sesiones de
(cantidad) (terapia)

.....sesiones de
(cantidad) (terapia)

.....sesiones de
(cantidad) (terapia)

Período de Prestación: desde:.....hasta:.....

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

(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación)

Firma y sello del Médico tratante



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO VIII - Pedido Médico SAIE - Maestra de Apoyo

Nombre y Apellido del beneficiario:

Nro. Afiliado:.....

D.N.I:.....

Diagnóstico:.....

Solicito (*): Módulo de Apoyo a la Integración Escolar por Equipo.

Módulo de Maestra de Apoyo.

Período de Prestación: desde:.....hasta:.....

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

(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación)

Firma y sello del Médico tratante

(*) Tachar lo que no corresponda.



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO IX - Pedido Médico Transporte

Nombre y Apellido del beneficiario:

Nro. Afiliado:.....

D.N.I:.....

Diagnóstico:.....
.....

Solicito transporte a, ida y vuelta a su domicilio.
(prestación a la que asista)

Período de Prestación: desde:.....hasta:.....

Dependencia: Si - No (Sólo podrá ser solicitado a partir de los 6 años de vida)

Justificación Médica de la Solicitud de Transporte. No justifica mencionar patología de base ni que no se moviliza por sus propios medios. Es decir, se deberá indicar cuál es la imposibilidad de la persona con discapacidad para moverse en transporte público.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación)

Firma y sello del Médico tratante

ANEXO V - Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

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

Nombre y Apellido del beneficiario:

D.N.I:

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	Autocuidado	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		Control de esfínteres	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		Movilidad	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
11. Traslado en bañera o ducha			
Ambulación			
12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas			
13. Subir y bajar escaleras			

