

INSTRUCTIVO
NECESIDADES ESPECIALES
2024



OSPLYFC

ÍNDICE

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD PRESTACIONAL 2024	1
--	---

DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO

Declaración jurada de Afiliación (ANEXO 2).....	6
Cronograma de horarios (ANEXO 3).....	7
Nota de consentimiento (ANEXO 1).....	8

DOCUMENTACIÓN DEL MÉDICO

Historia clínica.....	10
Prescripción Médica.....	11

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

Medida de Independencia Funcional (ANEXO 7).....	13
Informe de Apoyo.....	14
Presupuesto (ANEXO 5).....	16
Acta Acuerdo	17
Alta Prestador.....	18
Planilla de Asistencia Mensual- Prestador.....	19
Cambio de prestador.....	20
Baja de prestación.....	21

TRASLADOS ESPECIALES

Pedido Médico Transporte.....	23
Medida de Independencia Funcional (ANEXO 7).....	24
Declaración Jurada Transporte (ANEXO 8).....	25
Formulario de Traslados Especiales (ANEXO 10).....	26
Nota de Consentimiento de Traslados (ANEXO 1).....	27

OSPLYFC

1-DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD PRESTACIONAL 2024

El Legajo individual deberá contener, según la resolución 360/2022, la siguiente documentación respaldatoria:

DOCUMENTOS DEL AFILIADO

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Declaración Jurada de Afiliaciones. **ANEXO 2**
- Último recibo de sueldo (se debe cargar una copia del recibo de haberes)
- Constancia de alumno regular: En el caso en que el beneficiario asista a una escuela común, deberá cargar aquí la constancia de alumno regular del año en curso con el Código Único de Establecimiento (CUE) de nueve dígitos dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- Cronograma de horarios: deberá cargar el cronograma semanal del beneficiario. Deberá ser completado y firmado por el afiliado titular detallando todos los tratamientos, institucionales o individuales, que el beneficiario realice. **ANEXO 3**
- Nota de consentimiento: El Afiliado titular debe completar la nota modelo detallando la o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su consentimiento y conformidad- **ANEXO 1**

DOCUMENTOS DEL MÉDICO

La siguiente documentación será emitida por el Médico tratante. Recuerde que el mismo médico tratante debe indicar todo el esquema terapéutico.

- Historia Clínica: emitido por el Médico Tratante donde conste el Diagnóstico. La misma debe tener fecha, firma y sello del profesional.
- Prescripción Médica: confeccionada por el Médico Tratante solicitando la o las prestaciones, indicando que la mismas corresponden al año en curso. En el caso en que las prestaciones se realicen en instituciones, deberá indicar también la cantidad de sesiones y el tipo de jornada a realizar.

DOCUMENTOS DEL PRESTADOR

Deberá ingresar el número de CUIT de su prestador. En el caso de los prestadores que aún no cuenten con un número asignado por esta Obra Social, al final de la página tendrá las indicaciones para dar de alta.

- Constancia de CUIT
- Informe: En el caso que la prestación sea NUEVA, se deberá presentar el Informe de Evaluación Inicial donde consten los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación. En el caso que la prestación sea una

OSPLYFC

CONTINUIDAD de un tratamiento, se deberá presentar el Informe Evolutivo del tratamiento brindado donde conste el periodo de abordaje, la modalidad de prestación, la descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y los resultados alcanzados.

- Plan de Abordaje: deberá figurar el periodo de atención, la modalidad de prestación, los objetivos específicos del abordaje y las estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Medida de Independencia funcional FIM: confeccionada por la Lic. en Terapia Ocupacional de la Institución. **ANEXO 7**
- Informe de Apoyo: En el caso de solicitar dependencia para prestaciones institucionales. (modelo para completar en el anexo: documentación de prestador)
- Presupuesto. **ANEXO 5**
- Acta acuerdo: entre la institución que realiza la misma, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la Obra Social. Si corresponde, se deberá detallar también la adaptación curricular confeccionada por el Equipo que lleve a cabo la Integración. Deberá ser presentada dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- Inscripción en el RNP/categoría.
- Título habilitante: En caso que la prestación solicitada sea maestro de apoyo, cargue el Título habilitante y Certificado analítico de materias (sin excepción). Para los casos de prestadores registrados en la Superintendencia de Servicios de Salud que no cuenten con la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, deberá cargar su título habilitante.

En el caso de los prestadores que aún no cuenten con un número asignado por esta Obra Social, por favor ingresar:

- Alta prestador
 - Constancia de inscripción de AFIP.
 - Constancia de IIBB.
 - Constancia de CBU: emitida por el banco o, en su defecto, el comprobante de Home Banking.

En caso de solicitar un **CAMBIO DE PRESTADOR** deberá completar:

- Declaración de cambio de prestador/a. **ANEXO 9**

En caso de solicitar la **BAJA DEL PRESTADOR** deberá completar:

- Declaración de baja prestación. **ANEXO 4**

Además deberá enviar la documentación al correo electrónico del área de Necesidades especiales (junta@osplyfcba.com.ar)

OSPLYFC

TRASLADOS ESPECIALES

- Pedido médico para el traslado que incluya diagnóstico y justificación.
- Medida de Independencia funcional FIM: En caso de solicitar dependencia, ingrese la planilla FIM completada por el médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional. Solo podrá ser solicitada a partir de los 6 años de vida y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario. **ANEXO 7**
- Declaración jurada: donde indique no poseer vehículos con franquicia por discapacidad. **ANEXO 8**
- Formulario de traslados especiales: donde se indique el origen y destino del transporte y los días y horarios de la prestación. En el caso en que se modifique un recorrido ya autorizado, cargue aquí un nuevo formulario de traslados. Si lo que se modifica es el domicilio del afiliado, debe hacer también el cambio de dirección en la Obra Social. En el caso en que se modifique la dirección del prestador se deberá agregar una constancia firmada por el mismo. **ANEXO 10**
- Nota de consentimiento Traslados. **ANEXO 1**

CUANDO EL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD DEBA RECORRER MÁS DE 1500KM MENSUALES PARA REALIZAR SUS TRATAMIENTOS, DEBERÁ PRESENTAR JUSTIFICACIÓN LA CUAL ESTÁ SUJETA AL ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE LA SSSALUD, ASIMISMO PODRÁ SER REDIRECCIONADO AL CENTRO DE ATENCIÓN O ESTABLECIMIENTO MÁS CERCANOS A SU DOMICILIO.

2-DOCUMENTACIÓN CONTABLE

ESPECIFICACIONES FACTURACIÓN PRESTADOR DISCAPACIDAD

1-Enviar factura o recibo, tipo B o C directamente en su PDF original evitando realizar escaneos.

DETALLE DEL CONTENIDO DE LA FACTURA

1-Deben incluir el período de la prestación con el mes en letras y el año en números (por ej. agosto 2023).

2-Además del nombre, deberán informar el DNI y el número del afiliado.

3-Cada factura deberá incluir las prestaciones de un solo afiliado en un solo período. Si necesitan facturar las prestaciones de varios afiliados deberán confeccionar una factura para cada uno de ellos.

4-Para cada prestación facturada deberán indicar al menos:

- * Código y nombre de la prestación
- * Cantidad (ya sean sesiones o Km)
- * Importe unitario y total

OSPLYFC

5-A cada factura le deberán adjuntar la documentación complementaria que corresponda utilizando el botón "Adjuntar documentos".

DOCUMENTOS DEL AFILIADO



Anexo 2

Declaración Jurada de Afiliaciones

Lugar,/...../.....

Declaro bajo juramento que el/la beneficiario/a (nombre y apellido)

D.N.I. N° actualmente no se encuentra afiliado/a a otro Agente del Seguro de Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria del beneficiario/a dentro de las 72hs. de producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importará el derecho de la Obra Social del Personal de Luz y Fuerza de disponer la baja inmediata de la afiliación del beneficiario/a; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la Obra Social por la atención del mismo.

Firma del afiliado/a titular:

Nombre y apellido:

Documento N°:

Anexo 1 – INSTITUCIONES / PROFESIONALES

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

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

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

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/a _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación/a: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

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 precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

DOCUMENTOS DEL MÉDICO



Resumen de Historia Clínica

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnóstico según CUD:

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

Descripción del estado actual:

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

Firma y sello de el/la médico/a tratante

Fecha

Pedido Médico

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnostico:.....
.....
.....
.....

Prestaciones solicitadas

- Instituciones (CET – Centro de Día – Hogar con Centro de Día, etc)

Prestación institucional:.....

Periodo: de.....(mes y año) hasta. (mes y año)

Tipo de jornada: simple doble

Dependencia: SI NO (En caso afirmativo se deberá anexar formulario FIM e informe de apoyos)

- Módulo Maestro/a de Apoyo / Módulo Apoyo a la integración Escolar Equipo

Periodo: de.....(mes y año) hasta. (mes y año)

Cantidad de horas semanales:.....

Prestaciones ambulatorias por sesión

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta. (mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta. (mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta. (mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta. (mes y año)

Firma y sello de Médico/a:

Fecha:

DOCUMENTOS DEL PRESTADOR



Anexo 7

Medida de Independencia Funcional

Nombre:..... Edad:..... DNI:.....

N° de Beneficiario/a: Institución:.....

Medida de Independencia Funcional (FIM)		
Actividad		
Autocuidado		Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior (implica vestirse 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)	
Modalidad		
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 de toilet (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)	
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

Puntaje:

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 mas)

3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o mas) 2

Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o mas)

1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25)

Firma de el/la Médico/a o Lic. en TO:.....

Fecha:.....

Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)

1- ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique el grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2- ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

3- HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4- VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5- VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

6- USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7- CONTROL DE INTESTINOS: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo de catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

8- CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

10- TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11- TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

13- ESCALERAS: Implica subir o bajar escalones.

.....
COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.
.....
.....

14- EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.
.....
.....

15- INTERACCIÓN SOCIAL: Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.
.....
.....

16- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: Implica resolver problemas cotidianos.
.....
.....

17- MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.
.....
.....

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.
.....
.....

FIRMA Y SELLO DE LIC. T.O. DE LA INSTITUCIÓN

Anexo 5

Fecha de emisión:

PRESUPUESTO 2024

Nombre y Apellido del Beneficiario/a:

Nº de Afiliado/a:

Prestación a realizar:

Periodo de atención:

Cantidad de sesiones

mensuales: Valor sesión:

Observaciones:

Cronograma de asistencia

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Prestador/a

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Correo electrónico:

CUIT:

Número de prestador/a de la Obra Social:

(En caso de no poseerlo completar Anexo 6)

Firma y Sello

Acta Acuerdo para Integración Escolar / Maestro/a de Apoyo

Nombre y apellido del beneficiario/a:

Escuela:

Grado:

Turno:

Ciclo Escolar:

Fecha:

Localidad:

Prestación: Modulo de apoyo a la integración escolar/ Maestro/a de Apoyo

Las partes se comprometen a instrumentar los medios necesarios para hacer posible el acompañamiento del niño/a.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde:					
Hasta:					

Firma del afiliado/a titular:

Firma y sello de la institución integradora/ maestro/a de apoyo:

Firma y sello de las autoridades escolares:

REGISTRO DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES MÉDICAS			
PROVEEDOR N°:		FECHA SOLICITUD:	
PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	INSTITUCION <input type="checkbox"/>	ALTA <input type="checkbox"/>	MODIFICACION <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/>
NOMBRE / RAZÓN SOCIAL			
CUIT N°			
DOMICILIO		COD. POSTAL	
EMAIL			
CELULAR		TELEFONO	
ESPECIALIDAD		MODALIDAD	
DATOS BANCARIOS:			
TITULAR DE LA CUENTA:			
BANCO:			
TIPO CUENTA (CC/CA)		NRO CUENTA:	
CBU:			
DATOS IMPOSITIVOS:			
CONDICION IVA:		GANANCIAS:	
INGRESOS BRUTOS:		MONOTRIBUTO:	
<p>LA PRESENTE REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA MISMA PODRÁ SER REMITIDA VÍA MAIL ESCANEADA CON LA CORRESPONDIENTE FIRMA. PROFESIONALES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR : TÍTULO DE MÉDICO Y ESPECIALISTA. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN AFIP E INGRESOS BRUTOS, CONSTANCIA BANCARIA DEL CBU, No DE PRESTADOR ANTE LA SSS, SEGURO DE MALA PRAXIS, HABILITACIÓN CONSULTORIO O INSTITUCIÓN. INSTITUCIONES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR: CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN AFIP E INGRESOS BRUTOS, CONSTANCIA BANCARIA DEL CBU, No DE PRESTADOR ANTE LA SSS, HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN, COPIA DE ESTATUTOS SOCIALES CON LA CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PÚBLICO, ACTA DE ASAMBLEA Y DIRECTORIO CON DESIGNACIÓN DE AUTORIDADES Y CARGOS, COPIA PARA PODERES GENERALES DE ADMINISTRACIÓN DEL FIRMANTE. CUALQUIER CAMBIO DEBERÁ SER NOTIFICADO A LA GERENCIA MÉDICA A FIN DE MANTENER ACTUALIZADO EL LEGAJO. COMPLETAR DIGITALMENTE LA PRESENTE PLANILLA.</p>			
FIRMA PRESTADOR		ACLARACIÓN	

Anexo 9

Declaración de cambio de prestador/a

Córdoba..... De de 20.....

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, el cambio de prestador para el
tratamiento de..... que recibe el
afiliado/a.....

Declaro que el prestador/a..... dejó de brindar la prestación en la fecha
...../...../.....

En su reemplazo se desempeñará el prestador/aa partir de la fecha
...../...../.....

Motivo del cambio:

Firma del afiliado/a titular:

Aclaración:

DNI:

Anexo 4

Declaración de baja prestación

Córdoba..... De.....de 20.....

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, la baja de la prestación de..... que recibe el afiliado/a.....

Declaro que el prestador/a.....dejó de brindar la prestación en la fecha/...../.....

Motivo de la baja:

Firma del afiliado titular:

Aclaración:

DNI:

TRASLADOS ESPECIALES



Pedido Médico de Transporte

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnóstico según CUD:

:

.....

.....

:

.....

.....

Justificación médica:

.....

.

.....

.....

.....

Dependencia: SI/NO (en caso afirmativo completar planilla FIM)

Firma y sello del médico/a:

Fecha:

Anexo 7

Medida de Independencia Funcional

Nombre:..... Edad:..... DNI:.....

N° de Beneficiario/a: Institución:.....

Medida de Independencia Funcional (FIM)		
Actividad		
Autocuidado		Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior (implica vestirse 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)	
Modalidad		
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 de toilet (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)	
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		

Puntaje:

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 mas)

3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o mas) 2

Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o mas)

1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25)

Firma de el/la Médico/a o Lic. en TO:.....

Fecha:.....

Anexo 8

Sres. Gerencia de Gestión Asistencial

Sector Necesidades Especiales

Presente

Por medio de la presente informo (bajo declaración jurada) que no poseo vehículo registrado a mi nombre obtenido con la franquicia que se otorga a personas con discapacidad

Firma del afiliado/a titular:

Aclaración:

DNI:



TRASLADOS ESPECIALES 2024

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO/A

NÚMERO DE AFILIADO/A FECHA DE NACIMIENTO / / Edad

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR

TELÉFONOS CASA CELULAR TRABAJO

CORREO ELECTRÓNICO

Tramo N°

PRESTACION A LA QUE SE TRASLADA

CALLE DESDE LOCALIDAD

CALLE HASTA LOCALIDAD

Días (marcar con una x) LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO

Horario de INGRESO * : : : : :

Horario de EGRESO * : : : : :

* Horarios oficiales de la Institución

PERÍODO DE VIGENCIA Desde el Mes: Hasta el Mes:

Observaciones

Tramo N°

PRESTACION A LA QUE SE TRASLADA

CALLE DESDE LOCALIDAD

CALLE HASTA LOCALIDAD

Días (marcar con una x) LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO

Horario de INGRESO * : : : : :

Horario de EGRESO * : : : : :

* Horarios oficiales de la Institución

PERÍODO DE VIGENCIA Desde el Mes: Hasta el Mes:

Observaciones

*El tramo hace referencia al desplazamiento del punto de origen al punto de destino

OSPLYFC

Anexo 1 – TRANSPORTE

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

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

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

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.

Prestación:Transporte_____

Prestador:Emergencias_____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

Firma:

Aclaración:

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 precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento: