

***GUÍA DE ACCESO
A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD
MATERIAL PARA
AFILIADOS/BENEFICIARIOS
2025***

Obra Social de los Cortadores de la Indumentaria
4382-7666 int - 254 de lunes a viernes de 09 a 18 hs.
Santiago del Estero 576 3° piso
CABA

discapacidad@uci.org.ar

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD:

CON LA INTENCION DE BRINDAR ATENCION PERSONALIZADA PARA LOS AFILIADOS QUE SOLICITEN EL INGRESO AL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD, CONTAMOS CON UN EQUIPO ESPECIALIZADO, QUE BRINDARA TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA REALIZAR EL TRAMITE DE INGRESO O RENOVACION DE TRATAMIENTOS EN CURSO.

1. ¿Donde se brinda la atención?

La atención se brinda exclusivamente en la sede central, ubicada en Santiago del Estero 576, 3° piso (Oficina de autorizaciones especiales) de lunes a viernes de 09 hs a 18 hs.

2. ¿Qué tienen que hacer los afiliados para ingresar al programa?

Los socios nuevos deben comunicarse con el área de discapacidad por cualquiera de nuestras vías:

- Telefónicamente al 43827666 int 254 (discapacidad).
- Por correo electrónico: discapacidad@uci.org.ar
- En forma presencial (sin turno previo). Referente de área: Sellzler Eliana
Referente de Equipo Interdisciplinario: Dra. Bottazzi Claudia

3. ¿Cuáles son los trámites que podrán realizar?

- Solicitar orientación para tramitar o renovar el CUD (Certificado de discapacidad).
- Presentación de CUD (Certificado de discapacidad).
- Presentación de documentación para cualquier prestación, (equipamientos, medicación, prestaciones, etc.)
- Orientación de prestadores de discapacidad para realizar los tratamientos prescriptos.
- Modificación de prestadores o prestaciones habilitadas.

4. ¿Cuándo se autoriza la prestación solicitada?

La solicitud del tratamiento o prestación, será recepcionada por el área de discapacidad y enviada a la junta evaluadora de la Obra Social, integrada por Auditoria medica, el equipo interdisciplinario del área de discapacidad y Dirección medica.

Una vez emitida la autorización, se notifica al afiliado, se le entrega el instructivo de discapacidad y se lo orienta con el listado de prestadores, en caso que ya cuenten con un centro o prestador elegido por el socio, la obra social se pondrá en contacto con el mismo para enviar nuestro instructivo.

Cambios por Contenido de Cartilla

Los cambios respecto al contenido y operatividad se realizan en forma inmediata a través de la Cartilla web, como así también se emiten alertas en redes sociales (Instagram) y otros medios de comunicación (whats app).

DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO

1. **CONSTANCIA DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**, en donde figure OSCI como única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la página de la Superintendencia de Servicios de Salud en la opción “Consulta de obra social”, o ingresando al siguiente link:

<http://www.sssalud.gov.ar/?page=bus650>

2. **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD:**

Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 Ley 22.431). Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. Sólo se tendrá como acreditada la discapacidad del afiliado con la presentación del CUD conforme a lo previsto en el punto anterior. (Art. 3 Ley 22.431). En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo.

3. **CRONOGRAMA DE HORARIOS:** (VER MODELOS DE PLANILLAS)

Se deberá presentar un cronograma donde pueda visualizarse la carga horaria de las prestaciones solicitadas y la asistencia a instituciones educativas/recreativas/laborales para el año correspondiente.

1. **PLANILLA DE CONFORMIDAD:** (VER MODELOS DE PLANILLAS)

Debe contener los datos completos del afiliado, con número de teléfono de contacto (celular y teléfono de línea) y correo electrónico. Para los afiliados menores de 18 años, la misma requiere de la firma de padre/madre o tutor.

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

1. ORDENES MÉDICAS: (NO DEBEN ESTAR SUJETAS AL AÑO CALENDARIO)

La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico perteneciente a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Cada orden debe contener:

A- NOMBRE Y APELLIDO

B- DNI CORRECTO

C-N° DE AFILIADO

D- DIAGNÓSTICO: El mismo debe coincidir con el que figura en el Certificado Único de Discapacidad.

E- PRESTACIÓN SOLICITADA: Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo a los siguientes lineamientos:

- **PRESTACIONES AMBULATORIAS:** Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando la especialidad y frecuencia semanal. (NO DEBERÁN ESTAR SUJETAS AL AÑO CALENDARIO)

- **PRESTACIONES INSTITUCIONALES:** En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble).

- **PRESTACIONES EDUCATIVAS:**

Educación Especial indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral, además del tipo de jornada (simple o doble). Ctro. Educativo Terapéutico: Detallar el tipo de Jornada (simple o doble).

- **TRANSPORTE:** De corresponder, el pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros, aclarando domicilio de partida y de destino.
- **DEPENDENCIA:** En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, y fundamentado en la prescripción. Incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional - FIM. (Art. 13 Ley 24.901). Confeccionada por **Lic. en Terapia ocupacional**, y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme el plan de abordaje individual.

2. RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

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.

Es requisito para la tramitación y curso de lo solicitado, la presentación en forma completa y correcta de la documentación requerida conforme al presente instructivo. En algunos casos, si fuera necesario, el Equipo Interdisciplinario del Área de Discapacidad, podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

MODELOS DE PLANILLAS

- **PLANILLA DE CONFORMIDAD PRESTACIONAL**
- **PRESUPUESTO PRESTACIONAL**
- **PRESUPUESTO DE TRANSPORTE**
- **PLANILLA DE CONFORMIDAD DE TRANSPORTE**
- **PLANILLA DE APOYO (PARA DEPENDENCIA)**
- **PLANILLA FIM(PARA DEPENDENCIA)**
- **CRONOGRAMA DE HORARIOS**

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Apellido y nombre del beneficiario:.....

Número de Afiliado:.....

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 .

1. Prestación _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ hasta _____

2. Prestación _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ hasta _____

3. Prestación _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ hasta _____

4. Prestación _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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 detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestaciones a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
Horario De:	A:	A:	A:	A:	A:	
	De:	De:	De:	De:	De:	

Firma y Aclaración del Prestador:

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	km mensual	Importe diario	Importe mensual
1						
2						
3						

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
1						
2						
3						

Total de Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____ Firma y Aclaración del Transportista

Firma, aclaración y sello del Prestador.

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:.....

Número de Afiliado:.....**DNI:**.....

Yocon Documento Tipo (.....) N°

doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

Desde.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de:

.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:

PRESTACIONES CON DEPENDENCIA.

SEGÚN RESOLUCIÓN 1743/2024, DETALLAR LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDAN EN EL SERVICIO CON DEPENDENCIA.

PRESTADOR:.....

AFILIADO:.....

DEPENDENCIA SI-NO

DETALLAR:

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

FIRMA Y ACLARACION:

SELLO DEL PRESTADOR:

Tabla para valoración de dependencia

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)
--

FIM Total	Dominio	Categorías	
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	
	Cognitivo 35 puntos	Comunicación 14. Comprensión 15. Expresión	
		Conocimiento social 16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria	

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

CRONOGRAMA DE HORARIOS

DIA/HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
08:00					
08:30					
09:00					
09:30					
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					
16:30					
17:00					
17:30					
18:00					
18:30					
19:00					
19:30					
20:00					
20:30					