



**OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL TURISMO,
HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA
REPÚBLICA ARGENTINA**

**SOLICITUD de COBERTURA por DISCAPACIDAD
AÑO 2021. INSTRUCTIVO.**

**Beneficiarios Primera vez, Nueva Prestación o Modificación de Plan
de tratamiento.**

**Expedientes 2021:
Recepción a partir del día lunes 23 de NOVIEMBRE de 2020.**

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

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

Versión actualizada al 18/11/2020.

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

En caso de dudas comunicarse con el Sector DISCAPACIDAD Tel.: 4341-8090 Int.: 946 / 4341-8232 /

e-mail: sur.disca@uthgra.org.ar / www.osuthgra.org.ar Descargas para Trámites / Para Trámites Sobre Discapacidad.

Sr. Beneficiario:

Para solicitar la cobertura de Prestaciones incluidas en el Nomenclador del Marco Básico de Prestaciones a favor de Personas con Discapacidad:

En aquellos casos que se solicite una NUEVA prestación o ante la MODIFICACION de las prestaciones, tanto la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, y los prestadores deberán cumplimentar el envío de la documentación requerida directamente a la Obra Social, **al mail: sur.disca@uthgra.org.ar – bajo el asunto: Seccional - Alta 2021 – Nombre y Apellido del Beneficiario y Nro de afiliado.**

Si existiera alguna dificultad para realizar las presentaciones y solicitudes por medios digitales, deberá presentar la documentación en la Seccional donde se encuentre AFILIADO, **excepto** si se encuentra AFILIADO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en ese caso, el trámite se realiza en nuestra Sede Central, Av. de Mayo 945, PB, de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs. en el Sector – DISCAPACIDAD.

Se recuerda que **el ingreso de la documentación no implica en si misma su autorización**, ya que esta se encuentra sujeta al análisis del Certificado Único de Discapacidad (CUD) y de la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario de Auditoria en Discapacidad de la Obra Social.

Una vez finalizadas las medidas del aislamiento social, preventivo y obligatorio o el distanciamiento social, preventivo y obligatorio, **se deberá gestionar la renovación de las prestaciones dentro de los NOVENTA (90) días corridos posteriores.**

Documentación del Beneficiario:

1. **ANEXO I COMPLETO.**
2. **FOTOCOPIA** de la primera y segunda hoja del DNI del Beneficiario y del Titular de la Obra Social.
3. **AFILIADO GASTRONÓMICO: FOTOCOPIA** del último recibo de sueldo.
4. **AFILIADO MONOTRIBUTISTA: FOTOCOPIA LEGIBLE** de los últimos 6 tickets de pago del Monotributo anteriores al inicio de la prestación.
5. **AFILIADO JUBILADO: FOTOCOPIA** del último recibo de sueldo.
6. **AFILIADO CON FONDO de DESEMPLEO: FOTOCOPIA LEGIBLE** de todos los comprobantes de haberes.
7. **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (CUD)** y/o constancia de turno para su renovación según corresponda, extendido por Autoridad Nacional o Provincial de competencia. La **constancia de turno** para realizar el Certificado Único de Discapacidad (CUD) no tiene validez sin fecha de entrega de CUD, firma y sello de la Autoridad de competencia y sin la fotocopia de un CUD anterior.
8. **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR ORIGINAL** de la escuela a la que asiste, indicando turno y grado en que se encuentra, con sello y firma de las autoridades del establecimiento y **CUE del mismo completo**. Se presenta con el expediente la de finalización de ciclo lectivo y cuando empiezan las clases la del año en curso. **No es la misma que se presenta junto con las facturas de manera mensual.**
9. En caso de **no estar escolarizado**, se deberá completar el **ANEXO III** firmado por los padres.
10. **Certificado de domicilio** de residencia del beneficiario.
11. **CONSTANCIA DE CONCURRENCIA** al Centro de Día o al Centro Educativo Terapéutico o al Hogar al que asiste, indicando que el beneficiario concurrirá en el año en curso a esa Institución, con sello y firma de las autoridades. **No es la misma que se presenta junto con las facturas de manera mensual.**

IMPORTANTE:

La **AUTORIZACIÓN** de la Cobertura de Tratamiento queda sujeta a la conservación **MENSUAL** de la afiliación en la OSUTHGRA.

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES en el comprobante del CODEM donde el beneficiario figure como **discapacitado**. Si cambia el **TITULAR ACTUALIZAR CODEM**.

GASTRONOMICO en relación de dependencia: Si el titular cambia de empleador, y sigue manteniendo la Obra Social, deberá presentar de manera URGENTE fotocopia de recibo de sueldo en la Seccional correspondiente para informar dicho cambio así el grupo familiar mantiene la afiliación.

Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail: **orientaciondiscapacidad@sss.salud.gob.ar**

Documentación Médica:

1. **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ORIGINAL - ANEXO IV** confeccionada por el **Médico de Cabecera (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra)**. **COMPLETO, LEGIBLE** con fecha **ANTERIOR** al comienzo del tratamiento, con firma y sello del médico. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del médico.
2. **PEDIDO MEDICO ORIGINAL – Ejemplo Anexo IX:** indicando Nombre y Apellido, Nro. de Carnet, Diagnóstico del Beneficiario y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir (Ej. Enero a Diciembre 2021) **LEGIBLE** y con fecha **ANTERIOR** al comienzo del tratamiento. Si se solicita:
 - **PRESTACIONES EDUCATIVAS O ASISTENCIALES:** debe *indicar el tipo de Jornada Simple o Doble* (Ej. EGB, CET, Centro de Día, Jornada simple de marzo a diciembre 2021). En caso de **Integración Escolar** especificar si es **Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (Equipo) o Maestra de Apoyo**.
 - **TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:** debe detallar la especialidad, frecuencia semanal o mensual y período solicitado. (Ej. fonoaudiología 2 veces por semana de enero a diciembre 2021).
 - **TRANSPORTE ESPECIAL:** El pedido de transporte especial debe indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida y destino. (Ej. transporte especial desde su domicilio hacia el consultorio de fonoaudiología de enero a diciembre 2021).
3. **TRANSPORTE - ANEXO V - DSM IV:** La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. En primer lugar, debe figurar “TRANSPORTE” como **Orientación Prestacional dentro del CUD**. En segundo lugar, dicho pedido de imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte deberá estar justificado por el médico de cabecera que además deberá completar el **Anexo V Formulario DSM IV** con firma y sello del médico.
4. **FIM – Escala de Independencia Funcional - ANEXO VI:** *Solo en el caso que se solicite dependencia* (la necesidad de asistencia por parte de un tercero al beneficiario) se deberán completar **TODOS** los campos por el **Médico de Cabecera (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra)** **El médico NO podrá pertenecer a la Institución Prestadora**. La presentación del FIM no acredita dependencia, ésta será evaluada por el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

IMPORTANTE

Todos los datos del **SELLO del Médico Tratante** deben ser **LEGIBLES**. (Nombre y Apellido, Especialidad y Nro. de Matricula)

El pedido médico de las prestaciones **NO puede** ser realizado por un médico de la Institución en la que se realizará el tratamiento.

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 (ex Servicio Nacional de Rehabilitación). Puede realizarse la consulta en la siguiente página web:

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

Documentación de/los Prestador/es (Instituciones o Centros):

1. Fotocopia de la **CATEGORIZACION DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD** o de **JUNTA EVALUADORA PROVINCIAL** correspondiente. (Texto **COMPLETO**). NO es válida la presentación de Actas de la Inspección del Servicio Nacional de Rehabilitación, ya que la misma NO ACREDITA CATEGORÍA.
2. Fotocopia de la **INSCRIPCION EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** en los siguientes casos:
 - **CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA**, deberán presentar la **INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** y la **DISPOSICIÓN DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD**.
 - **LOS PROFESIONALES** deberán presentar la **INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** donde figure la **MATRICULA** de la jurisdicción donde atiende dicho profesional, la **FOTOCOPIA DEL TÍTULO HABILITANTE** y la **HABILITACIÓN SANITARIA** del consultorio donde se realiza la atención del beneficiario con discapacidad.
3. **PLAN DE TRABAJO ORIGINAL** con objetivos amplios e individualizados del beneficiario para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada con **firma y sello del profesional tratante**.
4. **INFORME DE ADMISIÓN:** En el caso de solicitar tratamientos o terapias por primera vez, presentar Informes de Admisión **SIN EXCEPCION** de cada profesional.
5. **INFORME EVOLUTIVO:** En los meses de **Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre** se deberá enviar un informe evolutivo **específico del Beneficiario**, elaborado por la Institución y/o Profesional con firma y sello.
6. **CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE AFIP**, deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gob.ar emitida el día de confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.
7. **CONSENTIMIENTO** por el plan de tratamiento individual por prestador, (Ej. Psicología, EGB, CET, Maestra integradora, etc.) suscripto por el beneficiario o su tutor y por el profesional actuante o representante legal de la Institución firmado (**ANEXO II**).
8. **PRESUPUESTO** ver modelos **ANEXO VII (Prestador)**.
9. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria **CERTIFICADO** por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).

Documentación del Transportista:

Deberá presentar:

1. **PRESUPUESTO** ver modelos **ANEXO VIII (Transporte)**.
2. **CONSENTIMIENTO** suscripto por el beneficiario o su tutor y por el transportista firmado. (**ANEXO II**).
3. **Informe Prestación Transporte - Anexo I - 1.2**
4. Impresión de Google maps con recorrido a realizar. Se gestiona por Internet ingresando a www.maps.google.com.ar.
5. Fotocopia del carnet de conducir Vigente.
6. Fotocopia de la póliza de seguro Vigente.
7. Fotocopia de la Habilitación Vigente. (NO verificación técnica).
8. Constancia de AFIP (Ver Punto 5 de Documentación de/los Prestador/es).
9. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria **CERTIFICADO** por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).

Especificaciones de las Prestaciones:

INTEGRACION ESCOLAR podrá ser brindada **SOLO** por:

1. **INSTITUCIONES CATEGORIZADAS** para las modalidades de Educación Inicial, Educación General Básica, Centro Educativo Terapéutico con Integración Escolar y Equipos categorizados para esta modalidad.
2. **MAESTRA DE APOYO** podrá ser brindada por: Un psicopedagogo/a, Profesor/a en Educación Especial, Maestro/a en Educación Especial o Lic. en Ciencias de la Educación.

Junto con el presupuesto (ver modelo de presupuesto adjunto e incluir **modalidad de la prestación y carga horaria del apoyo escolar**) se deberá presentar:

a) **ADAPTACIONES CURRICULARES POR AREAS O PROYECTO PEDAGOGICO INDIVIDUAL ORIGINAL** firmado por la Institución o por el profesional interviniente.

b) **ACTA ACUERDO** entre las tres partes involucradas firmado por el Equipo Integrador o Profesional, la Escuela común y el padre, madre o tutor. Debe contar con el sello de la Escuela Común donde se integra y debe incluir en el texto de la misma el nombre de la maestra integradora/ equipo integrador categorizado que haya presupuestado la prestación.

c) En caso de no concordancia entre la edad cronológica y el curso escolar, remitir justificación de Permanencia o Defasaje escolar confeccionado por el profesional a cargo e informe escolar del año anterior.

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO, PERSONAL O AUXILIAR PRIVADO NO DOCENTE, ASISTENTE EXTERNA (PPND/APND/AE): Se deberá tramitar en el Servicio Social .

ESTIMULACION TEMPRANA podrá ser brindada **SOLO** por:

- Centro **CATEGORIZADOS** de Estimulación Temprana.

Junto con el presupuesto (ver modelo de presupuesto adjunto) se deberá presentar:

a) **Plan de Trabajo ORIGINAL** con los objetivos a alcanzar firmado y sellado por el profesional.

INTERNACIÓN u HOGAR Requisitos excluyentes:

- **Justificación médica** que indique los motivos por los cuales el beneficiario debe vivir en un hogar. Debe especificarse si el paciente requiere Alojamiento de Lunes a Viernes o Permanente.
- Previo a la autorización será requisito la realización de un informe socio-ambiental del beneficiario y su familia emitido por trabajadora social y/o asistente social designada por la Obra Social, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar.
- La documentación será reevaluada por el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

MODIFICACIÓN DE COBERTURA

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo,
Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

Cambio de Titular de la Obra Social.

En los casos que el beneficiario pase a cargo de otro Titular, se deberán presentar los siguientes ítems de la Documentación del Beneficiario: 1, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 que figuran en la página 2.

Además se deberá presentar Pedidos Médicos, Anexo II, Consentimientos y Presupuestos con el nuevo número de Beneficiario. A partir de la fecha de cambio.

Cambio de Prestador.

En los casos que se solicite el cambio de un prestador que realiza un tratamiento ya autorizado, se deberá presentar:

- **Nota del beneficiario titular** solicitando dicho cambio que incluya fecha de inicio de tratamiento del nuevo prestador solicitado, **motivo** y fecha de baja del prestador anterior, firma, aclaración y número de carnet del beneficiario titular.
- **El nuevo Prestador/Transportista** deberá cumplimentar la documentación solicitada según Instructivo Año 2021.

Suspensión / Interrupción / No utilización de las prestaciones autorizadas del Tratamiento.

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación y motivos por los cuales la misma fue interrumpida o especificando los motivos de la no concurrencia. La misma debe incluir firma, aclaración y número de carnet del beneficiario titular.

Ampliación o Modificación del Tratamiento:

En los casos que se solicite la modificación de un tratamiento ya autorizado el año anterior o en el año en curso, se deberá presentar:

- **Nota del beneficiario titular** solicitando el cambio que incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado y motivo.
- **Nuevo pedido médico original** en los casos en los que se indique ampliación de dicho tratamiento.
- **Nuevo resumen de historia clínica original con justificación médica.**

Cambio de recorrido del TRANSPORTE por cambio de domicilio:

En los casos que se solicite la modificación de un recorrido ya autorizado el año anterior o en el año en curso, se deberá presentar:

- **Nota del beneficiario titular** indicando el nuevo domicilio y la fecha exacta del cambio de recorrido.
- **Presentar CONSTANCIA de CAMBIO DE DOMICILIO:**
 - **Certificado de domicilio de residencia del beneficiario.**

Todo pedido de ampliación / modificación de tratamiento, quedará sujeto a la reevaluación del conjunto de las prestaciones solicitadas, por parte del Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

IMPORTANTE

En caso de ser necesario el **Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social** podrá **citar a los padres del beneficiario para evaluar el caso en forma particular y determinará la posibilidad o no de realizar una evaluación por un Centro especializado determinado por la Obra Social para tal fin.**

Una vez autorizadas las prestaciones se procederá según corresponda:

- **Beneficiarios de Seccional CABA:** Se emitirá una Planilla de Autorización que podrá ser retirada por Sede Central, únicamente por el padre, la madre o tutor, **en ningún caso se entregará a los prestadores.** La misma será firmada por la persona que la retire como constancia de recepción. Cabe mencionar que la Planilla de Autorización será entregada **solo una vez.**
- **Beneficiarios de Seccionales de Conurbano e Interior del País:** Se remitirá la Planilla de Autorización a la Seccional correspondiente a cada beneficiario donde se haya tramitado el expediente. La misma será firmada por la persona que la retire como constancia de recepción. La Seccional deberá remitir una copia firmada a Sede Central.

Los expedientes por cobertura de prestaciones de Discapacidad **caducarán cada 31 de diciembre del año** en que fueron solicitados, **debiéndose retirar nuevamente el INSTRUCTIVO VIGENTE para la renovación del Expediente del próximo año.**

ANEXO I

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946/4341-8232

DATOS A COMPLETAR DEL PACIENTE (Datos a completar por el Padre, Madre o Tutor)

Apellido y Nombre (del paciente):	
DNI:	
N ° de CUIL:	
N ° de Carnet:	
Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	
Estado Civil:	SOLTERO () CASADO () VIUDO () DIVORCIADO ()
Domicilio actual:	
C.P. - Localidad:	
Provincia:	
Tipo de Afiliación:	GASTRONÓMICO (1) () MONOTRIBUTISTA ()
Apellido y Nombre del Padre:	
Teléfono de contacto del Padre (c/característica):	
Apellido y Nombre de la Madre:	
Teléfono de contacto de la Madre (c/característica):	
Correo electrónico de contacto:	

(1) DATOS A COMPLETAR DEL RECIBO DE SUELDO DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

CUIT de la Empresa:	
Nombre de la Empresa:	
Domicilio de la Empresa:	
Fecha de Ingreso laboral:	

* Es **obligación** completar todos los campos con el mismo color de tinta y sin enmiendas.

ANEXO I – 1.2

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros
y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes _____ de 2021.

Apellido y Nombre del beneficiario:
.....

Número de Afiliado:
.....

Número de DNI:
.....

PERÍODO ASPO / DISPO 2020

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

SÍ NO MOTIVO: _____

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE: ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO OTROS _____
 PRESENCIAL

PERÍODO APSO / DISPO 2021

PRESTACIÓN	TIPO DE ASISTENCIA
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR

ANEXO II

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946/4341-8232

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:.....

Domicilio de atención:.....

Localidad/ Provincia:..... Teléfono:.....

Nombre del Beneficiario:.....

DNI:.....

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACION):

.....

.....

Tipo de Jornada (Doble o Simple):..... Dependencia (S/N):...

.....

Matricula (\$):..... Monto Mensual (\$):..... Categoría:

.....

Modalidad: Presencial:..... Virtual:..... Mixta:.....

PERÍODO CICLO LECTIVO: DESDE: HASTA:.....

Cronograma de Asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones:

.....

.....

.....

.....
Firma Responsable de Institución

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario:.....

DNI:..... Nro. Beneficiario:.....

.....
Firma Beneficiario o Representante

Aclaración:

DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:

* Es obligación completar todos los campos con el mismo color de tinta y sin enmiendas.

ANEXO II

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946/4341-8232

DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

.....

Razón Social del Prestador:.....

Domicilio de atención:.....

Localidad/ Provincia:..... Teléfono:.....

Nombre del Beneficiario:.....

DNI:.....

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto Mensual (\$)

PERÍODO CICLO LECTIVO: DESDE: HASTA:.....

Modalidad: Presencial:..... Virtual:..... Mixta:.....

Cronograma de Asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones:

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

.....
Firma Responsable de Institución

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario:

DNI:..... Nro. Beneficiario:.....

.....
Firma Beneficiario o Representante

.....
Aclaración:
DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:

* Es obligación completar todos los campos con el mismo color de tinta y sin enmiendas.

ANEXO II

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946/4341-8232

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE DIAGRAMA DE TRASLADOS CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:.....

Domicilio de atención:.....

Localidad/ Provincia:.....Teléfono:.....

Nombre del Beneficiario:.....

DNI:.....

TRASLADOS:

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/IDA	KM/VIAJES	IMP(\$)/KM	IMP(\$)/DIARIO

Dependencia (S/N):.....Monto Mensual (\$):.....

PERÍODO CICLO LECTIVO: DESDE: HASTA:.....

Cronograma de Traslados (marcar con una cruz los días de los traslados):

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:

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

.....
Firma Responsable de Institución

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

.....
DNI:.....Nro. Beneficiario:

.....

.....
Firma Beneficiario o Representante

Aclaración:
DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:

* Es obligación completar todos los campos con el mismo color de tinta y sin enmiendas.

ANEXO IV

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros
y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

Resumen de Historia Clínica

(Datos a completar por el Médico de Cabecera)

Apellido y Nombre:	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:

Antecedentes clínicos en relación a la patología de base (CUD):

Diagnóstico/ Estado de las funciones (sensorial, mental, motora) al momento de la evaluación:

Evolución del paciente alcanzada con los tratamientos realizados:

En relación a:	Dependiente:	Autoválido:
* Alimentación	Dependiente:	Autoválido:
* Vestido	Dependiente:	Autoválido:
* Higiene	Dependiente:	Autoválido:

Pronóstico a corto y mediano plazo:

Firma, Aclaración y Sello del Médico tratante:

ANEXO V

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y
Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

FORMULARIO DSM IV PARA SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

(Datos a completar por el Médico de Cabecera)

Apellido y Nombre del Beneficiario:

DNI:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES

Detalle	Nombre y Apellido	Actividad	Horario/Turno
Madre			
Padre			

ACTIVIDAD DE LOS HERMANOS

Nombre y Apellido	Edad	Actividad	Horario/Turno

DIAGNOSTICO (CUD):

DSM IV (1) – CIE:

EVALUACION MULTIAXIAL:

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

DEFICIENCIA:

Justificación Médica de la Solicitud de Transporte PRIVADO (NO justifica mencionar patología de base ni que no se moviliza por sus propios medios):

FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE:

(1) Consignar los Ejes.

* Es **obligación** completar todos los campos con el mismo color de tinta y sin enmiendas.

ANEXO VI

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

F. I. M. - (Medida de Independencia Funcional)

(Datos a completar por el Médico de Cabecera)

Apellido y Nombre:

D.N.I.:

N ° de Afiliado:

Diagnóstico (CUD):

Edad:

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

La presente tabla deberá estar completa en todos sus ítems por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. **No se aceptarán FIM realizados por médicos de las instituciones a las que asiste el beneficiario.**

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad del profesional interviniente.

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	

5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACION	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
	CONEXION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE F. I. M. TOTAL	

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES (Explicar como lo realiza el paciente en cada punto)

1 - ALIMENTACION

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que 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 la 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 ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5 – VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocarrísticas 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 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 pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié. 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 bañera o ducha.

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.

14 – COMPRESION

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

15 – EXPRESION

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16 – INTERACCION SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de 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 las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17 – RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

18 – MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

EVALUACION FINAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

Firma y sello del Médico de Cabecera.

- Es **obligación** completar todos los campos.
- Letra clara y legible.

ANEXO VII

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

MODELO DE PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión:

Nombre y Apellido del beneficiario:

N ° de beneficiario:

D.N.I.:

Prestación / especialidad:
(Si se trata de Integración Escolar definir nombre y dirección de la escuela común).

Domicilio donde se realiza la prestación:

Categoría:

Tipo de jornada: Simple () Completa ()

Periodo:

Cantidad de sesiones semanales: Cantidad de sesiones mensuales:

Modalidad de Asistencia: Presencial: Virtual: Mixta:

Monto por sesión: \$ monto mensual: \$

Prestador:

Domicilio Legal:

Teléfono y casilla de correo:

N ° CUIT: N ° Ing. Brutos:

Condición frente al IVA:

Cronograma de asistencia: marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<input type="checkbox"/>					

Horario Lunes de hs. hasta hs.

Horario Martes de hs. hasta hs.

Horario Miércoles de hs. hasta hs.

Horario Jueves de hs. hasta hs.

Horario Viernes de hs. hasta hs.

Horario Sábado de hs. hasta hs.

.....
Firma

.....
Aclaración

* Es **obligación** completar todos los campos.

ANEXO VIII

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

MODELO DE PRESUPUESTO de TRANSPORTE

Fecha de emisión:

Nombre y apellido del beneficiario:

N ° de beneficiario:

D.N.I.:

Prestación / especialidad: **TRANSPORTE**

Desde domicilio:

Hasta domicilio:

Prestación a la que asiste:

Período de Prestación:

Cantidad de: Kilómetros por viaje:

Kilómetros diarios:

Kilómetros mensuales:

Valor kilómetro: \$

Total valor mensual: \$

Total valor mensual con dependencia: \$

Prestador:

Domicilio legal:

Teléfono y casilla de correo:

N ° CUIT: N ° Ing. Brutos:

Condición frente al IVA:

Cronograma de asistencia: marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Horario Lunes de hs..... hasta hs.....

Horario Martes de hs..... hasta hs.....

Horario Miércoles de hs..... hasta hs.....

Horario Jueves de hs..... hasta hs.....

Horario Viernes de hs..... hasta hs.....

Horario Sábado de hs..... hasta hs.....

.....
Firma

.....
Aclaración

* Es **obligación** completar todos los campos.

ANEXO IX

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y
Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

MODELO DE EJEMPLO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

DATOS NECESARIOS EN EL PEDIDO MÉDICO

Paciente: Nombre y Apellido COMPLETO

N° de afiliado: Número de CARNET - **NO N° de DNI**

Diagnostico: Patología correspondiente.

Solicito para el paciente de referencia llenar prestación /o especialidad solicitada. (Ej. Fonoaudiología, Centro de Día, EGB, etc.)

Cantidad de prestación semanal/ mensual que corresponda (Ej. 2 veces x semana, Jornada Simple, Jornada Doble)

Desde (mes de inicio) hasta (mes final) año 2019.

Firma y sello del profesional

(Fecha anterior al inicio de la prestación/nes solicitada/s)

(Cambios de tinta/ enmiendas o tachaduras deben ser salvadas en la misma receta por el médico suscriptor)

Anexo solo a modo de ejemplo
NO completar