



Instructivo de discapacidad

Modalidad de cobertura

Este Agente de Salud, cumpliendo con el artículo 11 de la Ley 24901, cuenta con un equipo interdisciplinario encargado de la evaluación de los requerimientos de las personas con discapacidad, en aquellos casos donde se requiera esa acción, será derivado a dicha evaluación.

No podrán solicitarse ni autorizarse prestaciones de manera retroactiva por disposición del Mecanismo de Integración de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los formularios se deberán enviar en formato PDF sin excepción y se podrán firmar de forma física, electrónica o digital.

Los deberá presentar el beneficiario titular a través de nuestra página web <https://www.medife.com.ar/> sección **"Discapacidad" Autorizaciones > Discapacidad > Plan anual (nuevo registro)**, desde allí también podrá realizar el seguimiento del estado de la gestión.

Prestaciones sujetas al año calendario	Prestaciones no delimitadas al año calendario
Educación inicial	Prestaciones de rehabilitación
EGB	Centro educativo terapéutico
Apoyo a la integración escolar	Centro de día
Maestro de apoyo	Prestaciones asistenciales
Formación laboral	Transporte



1122420091 > opción DISCAPACIDAD

MESA DE ESPECIALISTAS DISCAPACIDAD

Horario de atención: Lunes a Viernes de 8 a 22 horas. Sábados y domingos guardias rotativas.

Solicitud de prestaciones

Documentación a presentar

Documentación general	
CUD	Tabla FIM (escala de dependencia funcional) Completar en caso de requerir dependencia, firmado por terapeuta ocupacional y/o médico tratante
Resumen de historia clínica	Licencia de conducir
Constancia de alumno regular (en caso de estar escolarizado)	Seguro del automotor vigente
Nota de beneficiario no escolarizado (en caso de NO estar escolarizado)	VTV - Verificación Técnica Vehicular
Planilla de datos socio - familiares	Habilitación municipal de la empresa de transporte
Constancia de CBU de prestador	CUIT de empresa de transporte/transportista
Datos de pago a proveedores discapacidad	Nota por cambio o baja de prestador
Informe de seguimiento semestral a los seis meses de iniciada la prestación	
Conformidad de Normas de facturación	
Tratamiento de rehabilitación (Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, etc)	
Orden médica Se debe indicar la especialidad. Colocar fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento	Maestra de apoyo Debe ser profesional graduado/a como Psicopedagogo/a, profesor/a en educación especial/Licenciado/a en Cs de la educación/ Psicólogo/a
Presupuesto de rehabilitación Las instituciones categorizadas deben presupuestar por módulos (Integral Simple o Intensivo) detallando en cada módulo las especialidades.	Orden médica Con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.	Presupuesto educativo Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional
Nota de cambio o baja de prestador	Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
RNP (prestador individual)	Constancia de alumno regular con n° de CUE
Categorización SNR (centro categorizado)	Acta acuerdo Debe contener el membrete y sello de la institución educativa, firma y aclaración de todas las partes intervinientes: directivo/representante de la escuela, responsable de institución o equipo de integración y familiar responsable
Título universitario	Proyecto Pedagógico individual con adaptaciones curriculares. Debe estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión
Constancia de CUIT	Constancia de CUIT
	Título y certificado analítico con materias aprobadas
	Nota por cambio o baja de prestador
Transporte	
Orden médica por transporte Colocar fecha de emisión anterior al inicio del periodo solicitado, indicando dirección de origen y destino	
Presupuesto de transporte	
Informe de dependencia en caso de corresponder	
	Apoyo a la integración escolar
	Orden médica Se debe solicitar como "apoyo a la integración escolar", colocar fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento

Solicitud de prestaciones

Documentación a presentar

Presupuesto educativo
Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
Constancia de alumno regular con n° de CUE
Acta acuerdo Debe contener el membrete y sello de la institución educativa, firma y aclaración de todas las partes intervinientes: directivo/representante de la escuela, responsable de institución o equipo de integración y familiar responsable
Proyecto Pedagógico individual con adaptaciones curriculares. Debe estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión
Categorización en el SNR
Constancia de CUIT
Nota por cambio o baja de prestador

Las figuras de apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo se excluyen entre sí. Se autoriza un único módulo y un único prestador que brinde la integración. Se reconocerá el valor indicado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas. No se reconoce el concepto de matrícula.

Prestaciones terapéutico-educativas/escolaridad

Orden médica Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento
Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
Presupuesto educativo
Constancia de CUIT
Categorización de la institución en el SNR
Nota por cambio o baja de prestador
Tabla FIM (solo educativo terapéuticas)
Informe dependencia (solo educativo terapéuticas)

*En la documentación se debe detallar el tipo de jornada (simple o doble).

Estimulación temprana

Orden médica Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento

Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
Presupuesto de rehabilitación
RNP - prestador individual
Categorización de Estimulación temprana en SNR en caso de Institución prestadora
Constancia de CUIT
Título universitario
Título de especialización en Estimulación Temprana
Nota por cambio o baja de prestador

Podrá ser brindada por una institución o equipo de profesionales. La institución deberá estar acreditada y a cargo de un terapeuta en Estimulación Temprana, en el marco de un equipo interdisciplinario. Se debe aclarar la frecuencia semanal y los distintos profesionales intervinientes. El equipo básico estará conformado por (Resolución 1328/06):

- Pediatra y/o neurólogo infantil
- Psicólogo
- Terapeuta especializado en Estimulación Temprana con título postgrado a partir de su título habilitante (fonoaudiólogo, psicopedagogo, psicólogo, kinesiólogo, psicomotricista, terapeuta ocupacional, etc) o profesores de educación especial, con especialización o tecnicatura en Estimulación temprana

Prestaciones asistenciales

Hogar (de lunes a viernes, permanente, con CET, con Centro de día)

Orden médica Con fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento
Plan de abordaje con informe inicial/evolutivo Detallar periodo, modalidad, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
Presupuesto de rehabilitación
Tabla FIM (escala de dependencia funcional) Completar en caso de requerir dependencia. Se contempla para mayores de 6 años. Para prestaciones ASISTENCIALES debe estar firmado por un terapeuta ocupacional.
Informe dependencia
Nota por cambio o baja de prestador

Programa de discapacidad
Documentación General

PLANILLA DE DATOS SOCIO/FAMILIARES - FORMULARIO 1

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono y/o celular: _____ Mail: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Obra Social: _____

Grupo familiar conviviente y no conviviente

Apellido y nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Grilla de plan anual de tratamientos

Terapia	Sesiones semanales	Periodo prestacional
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma y aclaración del titular

Fecha y lugar de emisión

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

Programa de discapacidad
Documentación General

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - DATOS DEL BENEFICIARIO - FORMULARIO 2

Fecha: ____ / ____ / ____

*(La fecha de emisión debe ser anterior
al período solicitado)*

Apellido y nombre: _____ N° de Beneficiario: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐

Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐

Diagnóstico de la patología discapacitante

Indicar resumen del paciente

Justificación de los tratamientos

Indicar todas las terapias que se solicitarán para plan anual

Firma y sello del médico/a tratante

Programa de discapacidad
Documentación General

ORDEN MÉDICA - EDUCATIVO TERAPÉUTICAS - FORMULARIO 3

Fecha: ____ / ____ / ____

*(La fecha de emisión debe ser anterior
al período solicitado)*

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐Se indica *(especificar tratamiento)*:

Jornada:

Dependencia: Si ☐ No ☐Período prestacional *(indicar mes y año, desde - hasta)*:

Año lectivo:

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

Programa de discapacidad

Documentación General

FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 4 (página 1/3)

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, N° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Independiente	Puntaje
Independiente total.	7 (siete)
Independiente con adaptaciones.	6 (seis)
Dependiente	Puntaje
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5 (cinco)
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más	4 (cuatro)
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3 (tres)
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2 (dos)
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25 %.	1 (uno)

Items	Actividad	Puntaje
	Autocuidado	
01	Alimentación	
02	Aseo personal	
03	Higiene	
04	Vestido parte superior	
05	Vestido parte inferior	
06	Uso del baño	
	Control de esfínteres	
07	Control de intestinos	
08	Control de vejiga	
	Transferencias	
09	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
	Comunicación	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	Conexión	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	

Puntaje FIM total _____

Firma y sello del Terapeuta Ocupacional

Programa de discapacidad

Documentación General

FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 4 (página 2/3)

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. **ALIMENTACIÓN:** Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique 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 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 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.

Programa de discapacidad
Documentación General

FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 4 (página 3/3)

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.
14. **COMPRENSIÓN:** Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.
15. **EXPRESIÓN:** Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.
16. **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 sobre sí mismo y el entorno.
17. **RESOLUCIÓN DE PROBLEMA:** Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.
18. **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 neuro-locomotores y cognitivos del paciente:

Programa de discapacidad

Documentación General

DEPENDENCIA - INFORME - FORMULARIO 5

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____
Razón social del prestador: _____
Domicilio de atención: _____ Teléfono: _____
Prestación - especialidad: _____

Para solicitar el presupuesto del 35% más en concepto de atención a la dependencia, es necesario que la institución/ transportista complete lo siguiente:

- A. Tabla FIM que arroje porcentaje de dependencia.
- B. Especifique el tipo de apoyo especial y personalizado que se proveerá:

Apoyos físicos de accesibilidad personalizada (equipamiento). ¿Cuáles?

Apoyos técnicos de acceso a la comunicación personalizados. ¿Cuáles?

Apoyos de personal para cuidado en Actividades de la vida Diaria personalizado. Detalle horarios y tareas.

Apoyos de personal personalizado para cuidado en el comportamiento social. Detalle horarios y tareas.

Firma y sello de responsable institucional

Lugar y fecha

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

Programa de discapacidad Documentación General

PRESUPUESTO - EDUCATIVO TERAPÉUTICAS - FORMULARIO 6

A quien corresponda:

Fecha: ____ / ____ / ____

Les hacemos llegar el siguiente presupuesto.

DE

Prestador: _____

Domicilio de atención: _____

CUIT: _____ Mail: _____

Prestación/especialidad: _____

Período prestacional: _____

Jornada: Simple ☐ Doble ☐ Dependencia: Si ☐ No ☐

Monto mensual \$ _____ Categoría: A ☐ B ☐ C ☐

PARA

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____

Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐

Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (DETALLAR TRATAMIENTO/S Y HORARIOS)

Tto. \ Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde - hasta)						

Firma y sello del responsable de la Institución

CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descripto precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

Programa de discapacidad

Documentación General

INFORME INICIAL/EVOLUTIVO - PLAN DE TRATAMIENTO - FORMULARIO 7 (página 1/2)

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Razón social del prestador: _____

PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD: _____

A) EVALUACIÓN DE INICIO. Para el caso de prestación brindada por primera vez al paciente.

Instrumentos de evaluación utilizados:

- Escalas estandarizadas. ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojan?

- Entrevistas estructuradas/semi estructuradas con el paciente y la familia. ¿Qué consideraciones resultan?

- Informes de profesionales tratantes/ RHC. ¿Qué aspectos se destacan?

- Informes escolares de años anteriores ¿Qué indicadores señalan?

B) INFORME DE EVOLUCIÓN. Para el caso de prestaciones que ya se hayan brindado en períodos anteriores, de la misma manera o con modificaciones.

Se cumplieron los objetivos planteados: SI / NO Observaciones:

Resultados observables del tratamiento:

Firma y sello del profesional

Lugar y fecha
(la fecha debe ser anterior al período solicitado)

Programa de discapacidad
Documentación General

INFORME INICIAL/EVOLUTIVO - PLAN DE ABORDAJE - FORMULARIO 7 (página 2/2)

•Objetivos (*mínimo tres, concretos, mensurables y específicos*):

•¿Cuál será el horario de asistencia?:

•¿Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI/NO – ¿Con qué frecuencia?:

•¿Se realiza el abordaje familiar? SI/NO – ¿Con qué frecuencia?:

Firma y sello del profesional

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

Programa de discapacidad

Documentación General

CAMBIO O BAJA DE PRESTADOR - FORMULARIO 8

Fecha: ____ / ____ / ____

A quien corresponda:

Por la presente, comunico que el asociado/a _____ DNI _____ realizará un:

☐ Cambio de prestador☐ Baja de prestador (*sin profesional alternativo por el momento*)Prestación afectada (*por ejemplo: Psicología*) _____

Detalle del cambio

Dejará de asistir con: _____ y comenzará a asistir con: _____

a partir del mes de _____ del año _____

Detalle de la baja

Dejará de asistir con: _____ a partir del mes de _____ del año _____

Detallar motivos del cambio o baja de prestador: _____

Firma del asociado/a, padre, madre o tutor/a_____
Aclaración_____
DNI

Programa de discapacidad

Documentación General

DATOS DE PAGO A PROVEEDORES - FORMULARIO 9

Formulario de uso exclusivo para gestión y pago de facturación

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombre / Razón Social: _____

CUIT N°:

Teléfono: _____

Mail: _____

Matrícula Prov./Nac. N°: _____ Corresponde Sí ☐ / NO ☐

N° RNP/SNR: _____ Corresponde Sí ☐ / NO ☐ Vencimiento: ____ / ____ / ____

Especialidad: _____

Plazo de Pago: Mecanismo Integración

Documentación impositiva

CUIT N°: N° de Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA: ☐ Responsable inscripto ☐ Exento ☐ Monotributo

Condición frente a Imp. a las Ganancias: ☐ Responsable inscripto ☐ Exento ☐ Monotributo

Condición frente a Ingresos Brutos: ☐ Local ☐ Exento ☐ Convenio multilateral

Dirección (domicilio fiscal): _____

Código postal: _____

Tipo de Factura que emiten: ☐ A ☐ A - Con CBU Informado ☐ M ☐ C

Documentación a adjuntar:

☐ Constancia de inscripción en AFIP (actualizada)

☐ Constancia de inscripción de Ingresos Brutos (C.M.: CM01 / Padrón Web / CM05 / Local)

☐ Constancia de Exención: Ganancias / IVA / IIBB

☐ Comprobante bancario

Datos bancarios

Nombre de entidad bancaria: _____

N° de Cuenta:

Tipo de cuenta: ☐ Caja de ahorro ☐ Corriente

CBU:

El CBU debe estar habilitado para la acreditación bajo la modalidad "PAGO A PROVEEDORES".

Datos domicilio prestacional

Dirección: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ Barrio: _____

Código postal: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Teléfono (prefijo): _____

Página web: _____

Realiza consulta domiciliaria: Sí ☐ / NO ☐

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

Programa de discapacidad
Documentación General

CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN - FORMULARIO 10

Fecha: ____ / ____ / ____

Por medio de la presente dejo constancia que he leído e interpretado las normas de facturación adjuntas, aceptando y dando mi conformidad sobre lo que allí se establece.

Firma de beneficiario o responsable

Firma y sello profesional/institución

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.