



***GUÍA DE ACCESO  
A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD  
MATERIAL PARA AFILIADOS/BENEFICIARIOS  
2022***

Obra Social de los Cortadores de la Indumentaria  
4382-7666 int - 253 de lunes a viernes de 09 a 18 hs.  
Santiago del Estero 576 3° piso  
CABA

[discapacidad@uci.org.ar](mailto: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 253 (discapacidad).
- Por correo electrónico: [discapacidad@uci.org.ar](mailto:discapacidad@uci.org.ar)
- En forma presencial (sin turno previo).

### **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.



## **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:**

Se aceptarán sólo aquellas que sean originales.

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).



## 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 FIM( PARA DEPENDENCIA)**
- **CRONOGRAMA DE HORARIOS**
- **LISTADOS DE PRESTADORES**

## 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 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 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						

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

Valor del km: \_\_\_\_\_ Firma y Aclaración del Transportista

### CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario: .....

Número de Afiliado: ..... DNI: .....

Yo ..... con Documento Tipo (.....) N° .....  
doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

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

Firma: .....

Aclaración: .....

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

Por la presente, deo 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: .....



**Tabla para valoración de dependencia**

<b>AFILIADO:</b>	<b>N° AF:</b>
------------------	---------------

**Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)**

<b>FIM Total</b>	<b>Dominio</b>	<b>Categorías</b>	
126 puntos	Motor 91 puntos	<b>Autocuidado</b> 1. Alimentación 2. Arreglo personal 3. Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5. Vestido hemicuerpo inferior 6. Aseo perineal	
		<b>Control de esfínteres</b> 7. Control de vejiga 8. Control de intestino	
		<b>Movilidad</b> 9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas 10. Traslado al baño 11. Traslado en bañera o ducha	
		<b>Ambulación</b> 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas 13. Subir y bajar escaleras	
	Cognitivo 35 puntos	<b>Comunicación</b> 14. Comprensión 15. Expresión	
		<b>Conocimiento social</b> 16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria	

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

<b>Grado de dependencia</b>	<b>Nivel de funcionalidad</b>
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

<b>DIA/HORA</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>
<b>08:00</b>					
<b>08:30</b>					
<b>09:00</b>					
<b>09:30</b>					
<b>10:00</b>					
<b>10:30</b>					
<b>11:00</b>					
<b>11:30</b>					
<b>12:00</b>					
<b>12:30</b>					
<b>13:00</b>					
<b>13:30</b>					
<b>14:00</b>					
<b>14:30</b>					
<b>15:00</b>					
<b>15:30</b>					
<b>16:00</b>					
<b>16:30</b>					
<b>17:00</b>					
<b>17:30</b>					
<b>18:00</b>					
<b>18:30</b>					
<b>19:00</b>					
<b>19:30</b>					
<b>20:00</b>					
<b>20:30</b>					