

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2026

AFILIADOS



prestacionesdisc@fideisalud.com.ar
(11) 5276-4700 / 0800-345-7332
Bartolomé Mitre 1399 - CABA

Recomendaciones generales

IMPORTANTE

- No se reconocerá el pago de prestaciones brindadas antes de la evaluación del equipo interdisciplinario de la obra social.
- Para solicitar cobertura por la Obra Social se deberá presentar toda la documentación solicitada EN FORMA CONJUNTA.
- Toda planilla a completar por el médico tratante, padre o tutor, debe confeccionarse con misma letra y tinta, sin enmiendas ni tachaduras (de no ser así será motivo de rechazo). Así mismo solo un médico deberá confeccionar todas las planillas que correspondan.
- En ningún caso LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SIGNIFICARÁ AUTORIZACIÓN DE LA COBERTURA SOLICITADA.

Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura con el profesional o institución que no se encuentre inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).



prestacionesdisc@fideisalud.com.ar
Bartolomé Mitre 1399 – CABA
5276-4700/ 0800-345-7332

Documentación

ACLARACIONES PRELIMINARES:

Las planillas adjuntas son de presentación obligatoria SIN EXCEPCIÓN.

El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta neta responsabilidad del prestador y NO obliga a la OS a cubrir las prestaciones.

Todos los formularios que se presenten deberán poseer FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

Debe existir total coincidencia entre prestaciones (incluida cantidad de sesiones) presupuestadas y las indicadas por el médico tratante.

La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado NO DA DERECHO AL PROFESIONAL INTERVINIENTE (PARTICULAR O INSTITUCIÓN) A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD NI OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR DICHAS PRESTACIONES SIN EL PREVIO ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA.

Se considera que cada sesión tiene una duración mínima de 45 minutos.

No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

Se autorizará el transporte si y sólo si se encuentra debidamente justificado, expresando la imposibilidad del beneficiario para usar el transporte público. Se deberán priorizar los prestadores más cercanos al domicilio del paciente, minimizando los tiempos de traslado y evitando extensas distancias que puedan impactar negativamente en los tratamientos solicitados.

Para aquellos recorridos que superen los 1000 km mensuales se deberá presentar la Certificación policial de domicilio

Para los beneficiarios que solicitan Integración Escolar, si la institución educativa se niega a firmar el acta acuerdo, deberán presentar copia del libro de actas y nota de la familia informando que dicha Institución se niega a firmar el acta acuerdo.

En los casos en los que se produzca un cambio de profesional actuante, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, nota formal explicando los motivos del cambio.

Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario podrá realizar seguimiento de la misma mediante visitas, llamados o solicitud de entrevistas con padres y/o profesionales en la sede de la Obra Social.

CONSIDERACIONES GENERALES:

- Adjuntar copia del Certificado de discapacidad VIGENTE.
- Adjuntar CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR detallando el CUE (Código Único Establecimiento) que debe solicitarse a la institución, escuela común, escuela especial, CET o CD (Centro de Día).
- Utilizar check-list para controlar que la documentación esté completa y en condiciones de ser presentada.

Tildar documentación presentada

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para la autorización de prestaciones

NOMBRE Y APELLIDO _____ DNI _____

DOCUMENTACIÓN PERSONAL (para todos los casos) Tildar lo que corresponda	☐ Fotocopia del certificado único de discapacidad. ☐ Certificado de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el médico tratante en caso de no estar escolarizado. ☐ Cronograma indicando la distribución de todas las actividades pautadas que realiza el beneficiario (ver modelo adjunto). ☐ Conformidad de prestación 2026 (según modelo adjunto)
--	--

DEL MEDICO Tildar lo que corresponda.	☐ Prescripción médica (ver modelo adjunto). ☐ Solicitud de transporte (ver modelo adjunto). ☐ Informe médico (ver modelo adjunto). ☐ Valoración por escala FIM (ver modelo adjunto) e informe cualitativo confeccionado por el médico tratante o Lic. En Terapia Ocupacional.
---	--

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL Tildar lo que corresponda	☐ Informe inicial. ☐ Plan de tratamiento firmado, indicando período de la presentación. ☐ Presupuesto firmado (ver modelo adjunto). ☐ Registro Nacional del Prestador (RNP) vigente para la prestación solicitada. ☐ Constancia de inscripción en ARCA y comprobante de CBU. ☐ En caso de institución: copia de la categorización vigente. ☐ Título habilitante (en caso de ser profesionales y no una institución). En caso de solicitar Maestra de apoyo o equipo de la Integración Escolar, adjuntar: ☐ Acta acuerdo ☐ Proyecto de Integración - Adaptación curricular.
--	--

TRANSPORTISTA Tildar lo que corresponda.	☐ Constancia de inscripción de ARCA y comprobante de CBU. ☐ Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo (VTV vigente). ☐ Presupuesto I (ver modelo adjunto). ☐ Mapa de menor recorrido de transporte. . ☐ Conformidad de prestación (según modelo adjunto).
--	---

FIRMA Y ACLARACIÓN _____
 (padre / madre / tutor) _____

Prescripción Médica para Persona con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido: _____

DNI N°: _____

DIAGNÓSTICO

PRESTACIÓN

Aclarar tipo de terapias, frecuencia semanal de las mismas y modalidad de concurrencia.

En caso de corresponder aclarar el tipo de Jornada.

En caso de integración escolar aclarar si es EQUIPO o MAESTRA/O de apoyo.

PERÍODO

DESDE MES: _____ AÑO: _____

HASTA MES: _____ AÑO: _____

Firma y sello del Médico Tratante

Valoración por Escala FIM

NOMBRE Y APELLIDO: _____

EDAD: _____ DNI: _____ Nº BENEFICIARIO: _____

INSTITUCIÓN: _____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)		
ACTIVIDAD		Ptje.
AUTO GUIDADO		
1	Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Controlar intestinos (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 el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas etc.)	
MOVILIDAD 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 a toilette (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 Ej.: escritura, gestos signos etc.)	
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, respetar límites)	
17	Resolución de Problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Puntaje

Todos los ítems se deben calificar. Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita dos ayudantes se califica con un 1.

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 más)

3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)

2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)

1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Equipo Evaluador y/o Profesional: _____

Sello: _____

(MÉDICO TRATANTE)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.**Firma y sello médico**

Términos y/o condiciones para la provisión de insumos y ayudas técnicas

La Obra Social a través de su respectiva área de Discapacidad proveerá, previo análisis de la condición de salud de cada afiliado (acreditada mediante Certificado Único de Discapacidad y Resumen de Historia Clínica Actualizado), de los elementos ortopédicos que fuesen requeridos por los profesionales tratantes. Por lo cual, tanto los afiliados como sus familiares a cargo deberán previamente aceptar los puntos a continuación señalados:

1. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica autorizados al afiliado son propiedad de la Obra Social, y por lo tanto se entregan en carácter de COMODATO, y por el plazo en que la condición de salud del afiliado amerite el uso de los mismos.
2. El afiliado y/o familiar a cargo del mismo deberá realizar un uso correcto del elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado, preservándolo de roturas o daños de todo tipo, excepto por el desgaste propio que estos y/o que sus componentes presenten normalmente.
3. Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, todo daño sobre el material entregado que NO ocurra en un tiempo esperado de uso, deberá ser reparado pudiendo hacer uso de la garantía que el mismo presenta, quedando exenta la Obra Social de cubrir la reparación del mismo.
4. Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, tanto la pérdida y/o sustracción del material entregado, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.
5. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica que por diversas circunstancias no sea utilizado por el afiliado, deberá ser devuelto a la Obra Social de acuerdo a lo observado en el punto 1.
6. La Obra Social se obliga a entregar los elementos autorizados, ya sea en su sede y/o en una ortopedia, y/o donde lo indique. La totalidad de los gastos y cualquier responsabilidad que eventualmente genere tanto el retiro de los mismos, como su devolución, son por cuenta exclusiva y total del afiliado y/o familiar a cargo.
7. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado por la Obra Social, cumpliendo las especificaciones del pedido conforme a la documentación recibida en la Obra Social, y que por responsabilidad del afiliado (y/o familiar a cargo) o médico prescriptor del mismo no cumpla con las características acorde para su uso, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.

Quien suscribe, _____, con DNI _____ y en carácter de _____, presto conformidad con los puntos enunciados, a los ____ días del mes de _____ de 20__

Firma y aclaración: _____

Insumo entregado: _____

Afiliado a quien representa (en caso de ser familiar a cargo): _____

CRONOGRAMA DE PRESTACIONES

(Entrega obligatoria al momento de presentar la documentación)

AFILIADO: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

DIAGNÓSTICO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

PRESTACIONES RECIBIDAS

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					

FIRMA Y ACLARACIÓN DE

TITULAR DE LA OBRA SOCIAL: _____

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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.

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: