



Documentación a completar por la familia: Requisitos Generales

Estimadas familias

Por medio de la presente, adjuntamos el **Instructivo para Discapacidad** correspondiente al ciclo **2024**, donde se detalla la documentación necesaria para dar cobertura a cada tratamiento o prestación a realizar.

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO SIGNIFICA AUTORIZACIÓN NI COBERTURA SOLICITADA.
- La documentación debe ser enviada vía mail a **instructivos@whope.com.ar** de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación y en un mismo mail para poder proceder con la auditoría. **Los nombres de los PDF deben ser como el siguiente ejemplo:**
 - 1- PDF Documentación Psicología
 - 2- PDF Documentación Fonoaudiología
 - 3- PDF Documentación...
- Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras y/o correcciones.
- La documentación debe ser enviada VIA E-MAIL, **NO** se recibe instructivo en papel físico. **Sólo digital.**
- **NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.**
- Las indicaciones médicas y la documentación completada por el prestador/a deben estar confeccionadas en los formularios pre-armados que se adjuntan en el instructivo. Solamente se aceptará documentación complementaria como **"ANEXO"** a los formularios obligatorios.

Integración/ SUR:

integracion@whope.com.ar

Sector Servicio Social:

serviciosocial@whope.com.ar

Contrataciones:

contrataciones@whope.com.ar

Control de facturación / prestadores:

prestadoresdiscapacidad@whope.com.ar

REQUISITOS GENERALES DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- **Fotocopia del Certificado de Discapacidad** (vigente)
- **Constancia de alumno/a regular 2024** y número de **CUE** (Clave Única del Establecimiento). (presentar antes de marzo 2024)
- **Conformidad prestacional**, firmada por la persona con discapacidad o adulto/a responsable. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **Ficha personal de datos** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

TODOS LOS FORMULARIOS QUE SE PRESENTEN DEBERÁN POSEER FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR MÉDICO/A TRATANTE:

- **Resumen de Historia Clínica** con diagnóstico de la patología incapacitante. 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. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **Indicación médica** con firma, sello con tipo y número de matrícula del médico/a tratante. Para cada prestación se debe indicar: nombre, apellido, DNI, diagnóstico, prestación, frecuencia, período, modalidad prestacional y de concurrencia. La prescripción del tratamiento **no deberá ser realizada por un médico/a de la institución en la que se efectuaran las prestaciones**. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO, SEGÚN CORRESPONDA).
- **Formulario FIM** (confeccionado por Lic. en Terapia Ocupacional y/o médico tratante). (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

En caso de solicitar dependencia para la prestación de **transporte**, se deberá presentar el Formulario FIM, confeccionada por médico/a tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.

En caso de solicitar dependencia para las **prestaciones**, se deberá presentar el Formulario FIM, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional.

Toda planilla a completar por el médico/a tratante, padre/madre o tutor/a debe confeccionarse con misma letra y tinta azul, sin enmiendas ni tachaduras. Asimismo solo un médico/a deberá confeccionar todas las planillas que le correspondan.

De no ser así, será motivo de rechazo y deberá rehacerse la documentación.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de afiliado/a:

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 .

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Firma: _____ Aclaración: _____

Si el/la firmante no es la persona con discapacidad, por favor aclararlo en el siguiente párrafo:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor/a y doy conformidad respecto a la/s prestación/es
detalladas precedentemente.

Firma: _____ Aclaración: _____ Documento: _____

FICHA PERSONAL DE DATOS

Apellido y nombre de el/la beneficiario/a: _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

FAMILIAR/TUTOR RESPONSABLE A CARGO

DNI: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Ocupación/Lugar de trabajo: _____

Horario: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Apellido y nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Edad: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor/a: _____

Diagnóstico/Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora).

Antecedentes significativos de la Historia Clínica.

Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del paciente en el último año.

Valoración por escala FIM / Puntaje total (completar ficha).

En relación a la alimentación / vestido / limpieza, la persona es: _____

Dependiente Autovalido

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma: _____ Sello: _____

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

(Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, estimulación temprana, etc.)

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Período:

Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

Firma del médico/a tratante: _____ Aclaración: _____ Sello: _____

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES TERAPÉUTICAS – EDUCATIVAS

En caso de escuelas especiales, apoyo a la integración, maestra/o de apoyo, formación laboral, Centro de Día, CET, Hogares, etc)

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Tipo de jornada: Simple _____ Doble _____

(En caso de escolaridad especial / CET / Centro de día / Formación laboral / Hogares, etc)

Dependencia: Sí No

(En caso de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)

Periodo:

Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

Firma del médico/a tratante: _____ Aclaración: _____ Sello: _____

PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Indicar destino / prestación: _____

Desde: _____

Hasta: _____

Dependencia: Sí No

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DEL TRANSPORTE:

(Justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público)

Período:

Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

Firma del médico/a tratante: _____ Aclaración: _____ Sello: _____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

Edad: _____ DNI: _____

ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado	
01_Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
02_Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
03_Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
04_Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
05_Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
06_Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
Control de esfínteres	
07_Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
08_Controlar vejig (implica el control completo e internacional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para le evacuación como sondas etc.)	
Movilidad - transferencia	
09_Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla o cama y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie)	
10_Transferencia a toilet (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 _____

Independiente _____

7_Independiente total

6_Independiente con adaptaciones

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 del 25%)

Todos los ítems se deben calificar.

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita 2 ayudantes, se califica con un 1.

Profesional evaluador (sello y firma): _____

Fecha : ____ / ____ / ____