



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS
RNOS: 1-2600-7**

**COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2027
Tratamientos de habilitación / Rehabilitación**

Instructivo para Beneficiarios/as

IMPORTANTE

Todas la solicitudes año 2027 serán evaluadas de acuerdo a la Resolución 1743/2024 SSSalud. En el caso de inicio, ampliación y modificación sólo podrán comenzar los tratamientos prescritos si tiene la autorización emitida por la Obra Social, luego de haber presentado la documentación a los fines de la auditoría médica de la obra social.

El comienzo de las prestaciones sin autorización previa resulta **responsabilidad del prestador/a y del afiliado/a titular y no obliga a la Obra Social a cubrir las mismas.**

Sólo se autorizarán trámites con la documentación completa según el presente instructivo.

Se deberá presentar el esquema terapéutico completo para su evaluación por el Equipo Interdisciplinario. Caso contrario, el esquema prestacional autorizado será pasible de una reevaluación integral.

Toda la documentación requerida se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones de la normativa vigente de la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

La cobertura por discapacidad se otorgará a partir del año de edad.

Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

En concordancia con lo sugerido por la Superintendencia de Servicios de Salud, **el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social tendrá la postestad, si correspondiera, de realizar evaluaciones de seguimiento autorizados.**



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

REQUISITOS PARA LA SALUD DE COBERTURA 2027

La documentación a presentar con carácter obligatorio es la siguiente, debe venir completa físicamente a Casa Central o delegaciones, via mail en pdf, legible(no fotos), escaneado en un solo archivo, al mail de: discapacidad@obrasocialdelacarne.org.ar

BENEFICIARIO/A

- ➔ Certificado Único de Discapacidad vigente según última Resolución (imagen completa).
- ➔ DNI del beneficiario/a.
- ➔ Constancia de alumno/a regular 2027 con CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos. Deberá ser presentado con el comienzo del ciclo lectivo.
- ➔ El/la titular de la Obra Social tendrá que completar el **Anexo 2 Instituciones / Profesionales**, detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD (Ver **Anexo 2 Instituciones / Profesionales**).
- ➔ Cronograma de horarios semanal de beneficiario/a. Deberá ser completado por el/la afiliado/a titular, donde detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individuales) que realice. En caso de producirse modificaciones, el mismo deberá actualizarse.

MÉDICO/A

- ➔ Resumen de historia clínica. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de la salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.
- ➔ Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por el/la médico/a tratante. La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un/a médico/a de la institución en la que se efectuarán las prestaciones. Para cada prestación se debe indicar el periodo prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia (jornada simple-doble).

Las enmiendas, tachaduras o agregados deben estar salvadas con firma y sello de el/la médico/a.

Todas las indicaciones deben estar realizadas por el/la mismo/a médico/a tratante (médico/a responsable, de cabecera, de seguimiento), aclarando teléfono y correo electrónico de contacto.

PRESTADOR/A

- ➔ Plan de abordaje individual: debe incluir periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención,



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.

- ➔ Presupuesto prestacional en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla según **Anexo 3**, firmado por el prestador.
- ➔ Informe:
 - Informe de evaluación inicial. Se solicitará exclusivamente al **comienzo de una nueva prestación**, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
 - Informe evolutivo de la prestación: en el cual conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- ➔ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana.
- ➔ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas, educativas y asistenciales.
- ➔ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- ➔ Título habilitante para los/las profesionales habilitados por el mecanismo de Integración de la SSSalud que no cuenten con RNP.
- ➔ Apoyo a la integración escolar:
 - Se deberá presentar el acta acuerdo entre la institución o maestra/o de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el/la afiliado/a titular de la Obra Social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la integración. Deberá ser presentada al inicio del periodo lectivo.
 - Módulo de apoyo a la integración: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.
 - Módulo de maestra/o de apoyo: Título habilitante y Certificado analítico de materias.
- ➔ En caso de solicitar dependencia:
 - Para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con Centro educativo terapéutico, Centro de día y Centro educativo terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que brindarán conforme al plan



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

de abordaje individual (**ver Anexo 6 y Anexo 7**).

PRESTADOR/A

En caso de que el/la profesional/institución no posea número de prestador en la obra social deberá presentar:

- ➔ Constancia de inscripción en ARCA.
- ➔ Certificado de CBU Bancario: debe ser el certificado de CBU emitido por el banco o en su defecto el comprobante de Home Banking.
- ➔ Constancia de exenciones impositivas.
- ➔ Al momento de tener autorización de la prestación y no cuenta con usuario y contraseña para ingresar su facturación, deberá gestionarla vía mail con el dato de su nro de CUIT al mail de: sistemas@obrasocialdelacarne.org.ar, solicitar instructivo, usuario y contraseña y así podrá subir su facturación siempre del 1 al 10 de cada mes por favor.

Datos importantes para su facturación:

A NOMBRE DE: Obra Social de la Federación Gremial del Personal de la Industria de la Carne y sus Derivados.

SIGLA: O.S.F.G.P.I.C.YD.

DOMICILIO: Hipólito Yrigoyen 746 (C1086AAF), Ciudad Autónoma de Bs. As.

TEL: (011) 4378-9400

CUIT: 30-51948791-4

IVA: Exento



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Los Centros categorizados serán autorizados como **módulo integral intensivo o simple** según corresponda.

Las prestaciones de apoyo, aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal serán evaluadas y autorizadas por auditoría médica **hasta un máximo de 6 sesiones semanales** (total de 24 sesiones entre todas las prestaciones de apoyo). Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en algunas de las otras modalidades previstas.

Cabe aclarar que el tiempo mínimo de duración de la sesión es de 45 minutos.

Podrán brindar la prestación de **Apoyo a la Integración Escolar**:

- ➔ Instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar.

Podrán brindar la modalidad **Maestro/a de Apoyo**:

- ➔ Psicopedagogos/as, Profesor/a en Educación Especial, Lic. en Ciencias de la Educación.

Integración escolar/Maestra de apoyo: la prestación deberá cubrir tanto la adaptación curricular como el acompañamiento en el aula de acuerdo con las necesidades del alumno. El módulo contempla un mínimo de 8 horas semanales y no tiene previsto un máximo de cantidad de horas.

El/la profesional que brinde esta modalidad no podrá realizar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

En caso de solicitar **Estimulación Temprana** podrá ser brindada solo por:

- ➔ Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditado para tal fin.

Los pedidos de **rehabilitación en agua** se contemplarán exclusivamente en los siguientes casos:

- ➔ Kinesiología en agua, si el profesional que brinda la prestación es kinesiólogo/a.
- ➔ Psicomotricidad en agua, si el profesional tratante es psicomotricista.
- ➔ Rehabilitación o terapia en agua, si el tratamiento se lleva a cabo en instituciones categorizadas para dicho tratamiento o bajo la coordinación de un/a médico/a fisiatra. Los mismos deben ser solicitados por el/la médico/a tratante y los/as profesionales contar con Registro Nacional de Prestadores.

CAMBIO DE PRESTADOR/A

En el caso que se realice un cambio de prestador/a de los tratamientos ya autorizados



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

deberán presentar la siguiente documentación:

- ➔ El/la afiliado/a titular deberá completar el **Anexo 5** detallando los motivos de dicho cambio debidamente justificados por el médico/a tratante, y los periodos trabajados por cada uno/a de las instituciones / profesionales, indicando nombre y apellido de los/as mismos/as. Los pedidos deben presentarse previo al cambio y deberán ser autorizados por el Equipo Interdisciplinario (ver **Anexo 5**). Caso contrario, el comienzo de la prestación sin autorización previa resultará responsabilidad del prestador/a y del afiliado/a titular.
- ➔ **Anexo 2 Instituciones / Profesionales** de conformidad del nuevo prestador/a firmado por el/la adiliado/a titular (ver **Anexo 2 Instituciones / Profesionales**).
- ➔ Plan de abordaje individual: debe incluir periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
- ➔ Presupuesto prestacional en el cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla según **Anexo 3**, firmado por el nuevo prestador.
- ➔ Informe de evaluación inicial en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el nuevo prestador.
- ➔ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias [496/2014-MSal]).
- ➔ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas, educativas y asistenciales (Res. Nº 1328/06-MSalud).
- ➔ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.

Si la prestación que se modifica corresponde a maestro/a de apoyo o apoyo a la integración escolar ver Apartado Integración escolar.

- ➔ **Baja de prestador/a:** se tendrá que completar el formulario informando los motivos de la baja e indicando desde cuando se hace efectiva.

TRANSPORTE

El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. De acuerdo a lo previsto en la Ley 23.314, art. 22 inc. a. la Resolución 428/99 y en conformidad con la Resolución 1743/2024 se deberá fundamentar la imposibilidad de utilizar el transporte público. La solicitud de transporte deberá estar debidamente fundamentada por el médico tratante y quedará sujeta a la evaluación del



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

Equipo Interdisciplinario de la Obra Social.

A los efectos de evaluar la solicitud, el beneficiario deberá acreditar no poseer vehículos con franquicia por discapacidad. La Obra Social tendrá la potestad de solicitar los informes a los organismos pertinentes.

La documentación a presentar con carácter obligatorio es la siguiente:

- ➔ Pedido médico con diagnóstico fundamentado adecuadamente, que deberá aportar datos clínicos relevantes para su evaluación. Asimismo, deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público de pasajeros con acompañante.
- ➔ Planilla FIM (Medida de independencia funcional) que deberá ser completada por el/la médico/a tratante y/o terapeuta ocupacional (ver **Anexo 6** y **Anexo 7**)
- ➔ En caso de solicitar dependencia se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional. El transporte con dependencia solo podrá ser solicitado a partir de los 7 años de edad y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario (ver **Anexo 6** y **Anexo 7**).
- ➔ Conformidad de traslados firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor, según **Anexo 1 Transporte**.
- ➔ Formulario de Traslados Especiales que se debe completar, indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación (detallando hora de ingreso y de egreso de los mismos).

CONSIDERACIONES GENERALES

El domicilio del beneficiario deberá encontrarse actualizado en la Obra Social. Los días y horarios de los traslados solicitados en el formulario deben coincidir con lo indicado por el prestador en el presupuesto.

La Obra Social se reserva el derecho de asignar el prestador que brindará el servicio de transporte en móviles compartidos.

Solo se podrá solicitar la cobertura de transporte a prestaciones que se encuentren en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad brindadas en instituciones categorizadas por ANDIS.

La Obra Social aplicará los siguientes criterios según Resolución 428/2024 SSSalud:

- ➔ Priorización de prestadores más cercanos al domicilio del paciente.
- ➔ Evaluación y minimización de los tiempos de traslado, evitando tiempos exagerados que puedan impactar negativamente en el tratamiento del beneficiario.



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

- En el caso de que el presupuesto supere los 1500 km mensuales , deberán adjuntar CERTIFICADO DE DOMICILIO, ya que debemos enviar un expediente justificando la solicitud y si lo autorizan podran facturar el traslado para su posterior cobro. Trámite sin excepción.



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA PRESTACIONES 2027

ANEXOS



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE CONSTANCIAS DE ASISTENCIAS:2027

Vínculo	Nombre y Apellido	DNI	FIRMA
Madre			
Padre			

Completar por titular, padre, madre y/o tutor con las firmas que designen autorizadas para firmar las planillas de asistencia. En las prestaciones que correspondiera. Dicha firma deberá coincidir con las que envía el prestador cuando factura y anexa la planilla de asistencia.

Gracias.



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

Fecha:...../...../202



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

PRESUPUESTO TRANSPORTE 2027

Fecha de emisión: ____/____/202

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguros: _____ Póliza: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ 2027 hasta: _____ 2027 Prestación a brindar
transporte para asistir a: _____

Diagrama y cronograma de traslado:

<u>IDA:</u> Desde:..... Hasta:.....						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
KM IDA						
<u>VUELTA:</u> Desde:..... Hasta:.....						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
KM IDA						
<u>TOTALES KM DIARIOS</u>						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
KM IDA + KM VUELTA						
<u>TOTAL KM MENSUALES:</u>.....						

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta)..... Monto por km:.....

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI ____ - NO ____ Monto mensual:.....



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRANSPORTISTA



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

ANEXO I – CONFORMIDAD DE TRANSPORTE: 2027

FECHA:...../...../202

Apellido y Nombre del beneficiario:.....

Número de afilado/DNI:.....

Yo:.....con documento tipo(.....)

Nº....., doy conformidad al diagrama de traslados por el periodo
desde:.....hasta:.....

Firma:.....

Aclaración:.....

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

Por la presente, dejo 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:.....



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

ANEXO II – CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2027

Fecha:...../...../202

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 prestación: desde..... hasta.....

1. Prestación:.....

Prestador:.....

Período de prestación: desde..... hasta.....

1. Prestación:.....

Prestador:.....

Período de prestación: desde..... hasta.....

1. Prestación:.....

Prestador:.....

Período de prestación: desde..... hasta.....

1. Prestación:.....

Prestador:.....

Período de prestación: desde..... hasta.....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es la realizada en nombre de:....., manifiesto se el familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentes.

Firma:.....



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

Aclaración:.....

Documento:.....



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

Datos a completar del paciente 2027

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	
Nº DE CUIL	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL	
DOMICILIO ACTUAL	
CP - LOCALIDAD	
PROVINCIA	
APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE	
TELÉFONO DE CONTACTO DEL PADRE	
APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE	
TELÉFONO DE CONTACTO DE LA MADRE	
CORREO ELECTRÓNICO	
FECHA	



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

ANEXO III – Planilla presupuesto prestacional

Fecha de emisión: ____ / ____ /202

Razón Social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Teléfono: _____

Beneficiario: _____

DNI: _____

Modalidad de prestación a brindar: _____

Tipo de jornada: _____

Categoría: _____

Periodo: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: SI – NO

Monto mensual: _____

En caso de corresponde dependencia: SI – NO

En caso de corresponde zona desfavorable: SI – 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	Sábado	Domingo
Horarios: De: A:							



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

Firma y aclaración del prestador



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

ANEXO IV – Nota de solicitud de BAJA/CAMBIO de prestador

_____ de _____ de 202

Beneficiario causante: _____

DNI/LC/LE: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la BAJA de la prestación de
_____ a cargo de _____ a partir del
día: ____/____/2027.

Motivo:

Solicito **nueva alta** para la prestación de _____ a
cargo de _____ a partir del día ____/____/2027 y por
el periodo _____ año 2027.

PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

DNI: _____

VÍNCULO/PARENTESCO: _____



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS**
RNOS: 1-2600-7

ANEXO VI – F. I. M.

Medida de Independencia Funcional Cualitativa y Cuantitativa

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

FIM TOTAL	DOMINIO	CATEGORÍAS	PUNTAJE
	MOTOR 91 PUNTOS	<u>Autocuidado</u> 1. Alimentación 2. Arreglo personal 3. Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5. Vestido hemicuerpo inferior 6. Aseo perineal <u>Control de esfínteres</u> 7. Control vejiga 8. Control intestino <u>Movilidad</u> 9. Traslado de la cama a silla de ruedas 10. Traslado en bañera o ducha <u>Ambulación</u> 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas 13. Subir y bajar escaleras	
126 PUNTOS			
	COGNITIVO 35 PUNTOS	<u>Comunicación</u> 14. Comprensión 15. Expresión <u>Conocimiento social</u> 16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria	
TOTAL			

CADA ÍTEM SERÁ PUNTUADO DE LA SIGUIENTE MANERA

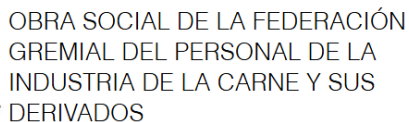
Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

Fecha: ____/____/202

Firma y sello del médico tratante / Lic. en Terapia Ocupacional



ANEXO VII – F. I. M.

APELLIDO Y NOMBRE:
DNI:
Nº DE CARNET:
DIAGNÓSTICO:
EDAD:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey 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.

Hipólito Yrigoyen 746 (C1086AAF), CABA
Línea rotativa: 0-800-222-7938 / Conmutador: (011) 4378-9400 / Área discapacidad: (011) 4378-9424



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
GREMIAL DEL PERSONAL DE LA
INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS
DERIVADOS

Fecha: ____/____/202