



# **DISCAPACIDAD RETIRADOS Y PENSIONADOS**

**CENTRO ASISTENCIAL MENDOZA - AREA DE SERVICIO SOCIAL  
CTE ARIAS FLAVIA – 1ER ALF AVALOS DANIELA**

Los afiliados deberán remitir el Certificado Único de Discapacidad (CUD) al correo electrónico: **caad.min.seg@medicus.com.ar**

La remisión tiene por finalidad su carga en el sistema MEDICUS, permitiendo la REVALIDACIÓN del certificado y la posterior HABILITACIÓN de la solapa de discapacidad en la aplicación.

Paso 1 – Revalidación del Certificado Único de Discapacidad (CUD)

Paso 2 – Carga de prestaciones en la plataforma

**IMPORTANTE**

**UNA VEZ HABILITADA LA SOLAPA DE DISCAPACIDAD, EL AFILIADO DEBERÁ INGRESAR DESDE UNA COMPUTADORA Y REALIZAR UNA CARGA INDEPENDIENTE POR CADA PRESTACIÓN AUTORIZADA.**

- **Ejemplo:**

1. «*Centro Educativo Terapéutico*»: Adjuntar **Formulario T4** oportunamente emitido por IOSFA con la prestación autorizada. Adjuntar la **documentación respaldatoria del profesional o institución prestadora.**

- 2. «*Transporte*»: Adjuntar **Formulario T4** correspondiente a la prestación autorizada.

-Adjuntar la **documentación respaldatoria del profesional prestador.**

Es importante destacar que **CADA PRESTACIÓN DEBERÁ CARGARSE POR SEPARADO**, acompañando la totalidad de la documentación requerida para su correcta validación y gestión.

## **RECOMEDACIONES PARA LA CARGA DE DOCUMENTACION**

1- El ingreso debe realizarse con el **USUARIO** y **CONTRASEÑA DEL TITULAR**

2- Toda la Carga de la **DOCUMENTACION** sobre integrantes del grupo familiar con Discapacidad se realizan **UNICAMENTE** en la web: [www.medicus.com.ar](http://www.medicus.com.ar) en la sección **GESTIONES** y luego **DOCUMENTACION DISCAPACIDAD**

3- Realizar la carga de documentación en computadoras, para una mejor visibilidad y proyecciones de opciones.

4- El alta o baja de afiliados del grupo familiar, lo gestiona el **DEPARTAMENTO DE PERSONAL**, quienes elevan la información a la Dirección de Pasividades. La Prestadora **MEDICUS NO** gestiona el tramite.

- **VIAS DE COMUNICACIÓN** general para cualquier tipo de dudas y consultas:
- TEL: 0800-222-9006 (L a V de 0800 a 2000 horas)
- CORREO: [atención.min.seg@medicus.com.ar](mailto:atención.min.seg@medicus.com.ar)
- CONTACTO DISCAPACIDAD DIRECTO: [caad.min.seg@medicus.com.ar](mailto:caad.min.seg@medicus.com.ar)
- TEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ASOCIADO CON DISCAPACIDAD: 1141295316

• **“Dudas y consultas sobre discapacidad: AREA DE SERVICIO SOCIAL DE CADA UNIDAD”**

# DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA CONTINUIDAD DE COBERTURA

- ✓ CUD vigente.
- ✓ DNI del afiliado (frente y dorso).
- ✓ Formulario DT4
- ✓ Conformidad del beneficiario o responsable.
- ✓ Título habilitante del profesional
- ✓ Inscripción en RNP o categorización institucional vigente (si corresponde)
- ✓ Constancia de CUIT

# CONSIDERACIONES GENERALES

- La documentación debe estar **completa** para poder ser evaluada.
- La presentación de la documentación no implica la autorización automática de la prestación solicitada.
- La documentación deberá presentarse **antes del inicio** de la prestación o **dentro de los 30 días corridos** desde su comienzo.
- La cobertura y/o autorización de prestaciones tendrá como fecha de **inicio** la correspondiente al **momento de la presentación completa** de la **DOCUMENTACIÓN** respaldatoria requerida que avale los tratamientos solicitados. **NO SE DARÁ CURSO A SOLICITUDES PARCIALES, INCOMPLETAS NI CORRESPONDIENTES A PERÍODOS ANTERIORES.**
- Todos los formularios deben completarse de **manera legible**, sin tachaduras ni correcciones, y contar con las firmas correspondientes.

# CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO (TODOS LOS FORMULARIOS ESTAN EN LA WEB DE MEDICUS ESTO ES UN EJEMPLO)

## INFORMACION DEL AFILIADO

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(Para ser completado por el afiliado o familiar)

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Asociado N°: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



### IMPORTANTE

#### → FORMULARIO DT4 – OTORGAMIENTO DE COBERTURA / SUBSIDIO IOSFA (AÑO EN CURSO):

Será requisito indispensable para la continuidad de cobertura adjuntar copia del **Formulario DT4** emitido por IOSFA correspondiente al otorgamiento de cobertura/subsidio vigente del año en curso, donde consten las prestaciones autorizadas, profesional y/o institución interviniente, cantidad de sesiones, modalidad, periodo de cobertura y demás condiciones autorizadas por el organismo evaluador competente.



La documentación deberá encontrarse completa, legible y vigente al momento de la presentación.



# NOTA CAMBIO DE PRESTADOR

**⚠ IMPORTANTE:**

La presente nota deberá gestionarse ante toda modificación o cambio relacionado con tratamientos, terapias, prestaciones y/o prestadores previamente autorizados.

**NOTA SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**      Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Para ser completado por el asociado o familiar)

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Asociado Nº: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente solicito la baja de la prestación de:

\_\_\_\_\_

que actualmente realizo con el profesional y/o institución:

\_\_\_\_\_

a partir del día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Asimismo, solicito el alta para la cobertura de la misma prestación con el profesional y/o institución:

\_\_\_\_\_

a partir del día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Firma del asociado / responsable: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

# NOTA CONFORMIDAD DE BENEFICIARIO

## CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Para ser completado por el afiliado o familiar)

Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período:

Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Declaro haber recibido información suficiente sobre la prestación solicitada y presto mi conformidad para su realización.

Firma del beneficiario y/o responsable

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_



# TRATAMIENTO POR PRIMERA VEZ



MEDICUS

## TRATAMIENTO DE PRIMERA VEZ

INSTITUCIONES: Centro de día, Centro educativo terapéutico, Escolaridad Especial.

ORDEN MÉDICA Y/O HISTORIA CLÍNICA

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(debe tener fecha anterior al tratamiento)

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Asociado Nº: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

\_\_\_\_\_

### RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PRESTACIÓN SOLICITADA

\_\_\_\_\_

Frecuencia semanal: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada:  Simple  Doble Dependencia:  Sí  No

(Para justificación de dependencia completar Escala de

FONI)

Periodo solicitado: desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

\_\_\_\_\_

Firma y sello del médico especialista  
(firmado en forma manuscrita únicamente. (Resol. 1743/24 SSSalud).

# INFORMACION DEL PRESTADOR

## INFORMACION DEL PRESTADOR

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Para ser completado por el prestador)

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Asociado Nº: \_\_\_\_\_

## PRESTADOR

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## PRESTACIÓN

## CRONOGRAMA DE ASISTENCIA/DIAS:

| HORARIO |       |        |           |        |         |        |         |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|         | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| Desde   |       |        |           |        |         |        |         |
| Hasta   |       |        |           |        |         |        |         |

Período: desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello del prestador

# INFORME EVOLUTIVO/INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORME EVOLUTIVO/INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

*(Para ser completado por el prestador)*

**(Completar solo una opción)**

PRIMERA SOLICITUD (Para prestaciones que se solicitan por Primera Vez)

Evaluación inicial:

---

---

---

---

CONTINUIDAD/INFORME EVOLUTIVO (Para prestaciones que se hayan brindado en periodos anteriores)

Estado actual y evolución:

---

---

---

Objetivos cumplidos:

Sí

No

Observaciones:

---

Firma y sello del profesional

# NOTA SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR (Para ser completado por el asociado o familiar)

**⚠ IMPORTANTE:**

La presente nota deberá gestionarse ante toda modificación o cambio relacionado con tratamientos, terapias, prestaciones y/o prestadores previamente autorizados.

**NOTA SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR** Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Para ser completado por el asociado o familiar)

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Asociado Nº: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente solicito la baja de la prestación de:

\_\_\_\_\_

que actualmente realizo con el profesional y/o institución:

\_\_\_\_\_

a partir del día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Asimismo, solicito el alta para la cobertura de la misma prestación con el profesional y/o institución:

\_\_\_\_\_

a partir del día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Firma del asociado / responsable: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

# CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO (Para ser completado por el asociado o familiar)

## CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Para ser completado por el afiliado o familiar)

Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo:

Desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro haber recibido información suficiente sobre la prestación solicitada y presto mi conformidad para su realización.

Firma del beneficiario y/o responsable

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

# CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR y/o ASISTENCIA 2026 (Para ser completado por el Establecimiento)

**⚠ IMPORTANTE:**

La presente constancia deberá gestionarse para acreditar la condición de alumno regular y/o asistencia del asociado ante Instituciones educativas, Centros educativos terapéuticos y Centros de Día

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR y/o ASISTENCIA 2026

(Para ser completado por el Establecimiento)

Nombre del establecimiento:

\_\_\_\_\_

Nº de C.U.E.:

\_\_\_\_\_

Se deja constancia que \_\_\_\_\_

DNI Nº \_\_\_\_\_ asiste regularmente a esta Institución.

Curso / grado / sala / modalidad (indicar lo que corresponda):

\_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

Horario de permanencia en el establecimiento durante el ciclo 2026:

\_\_\_\_\_

Se extiende la presente para ser presentada ante MEDICUS S.A.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello del establecimiento

# FORMULARIO DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) (Para ser completado por el médico tratante)

**⚠ IMPORTANTE:**

Para solicitudes de CET y Centro de Día con dependencia, deberá completarse la siguiente Escala a fin de justificar la necesidad de apoyo y/o dependencia requerida para el asociado.

FORMULARIO DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

(Para ser

completado por el médico tratante)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

| Actividad   | Puntaje |
|---|---------|
| <b>Autocuidado</b>                                  |         |
| 1. Alimentación                                     |         |
| 2. Aseo Personal                                    |         |
| 3. Baño   |         |
| 4. Vestir para interior                             |         |
| 5. Uso de baño                                      |         |
| <b>Control de esfínteres</b>                        |         |
| 7. Control de intestinos                            |         |
| 8. Control de vejiga                                |         |
| <b>Transferencias</b>                               |         |
| 9. Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas |         |
| 10. Transferencia al baño                           |         |
| 11. Transferencia a la ducha o la bañera            |         |
| <b>Locomoción</b>                                   |         |
| 12. Caminata / Silla de ruedas                      |         |
| 13. Escaleras                                       |         |
| <b>Comunicación</b>                                 |         |
| 14. Comprensión                                     |         |
| 15. Expresión                                       |         |
| <b>Conexión Social</b>                              |         |
| 16. Interacción Social                              |         |
| 17. Resolución de Problemas                         |         |
| 18. Memoria   |         |
| <b>TOTAL</b>  |         |

| Tabla de puntuación de niveles de independencia funcional |   |
|---|---|
| <b>Independiente</b>                                      |   |
| 7   | Independencia total   |
| 6   | Independencia con adaptaciones                                    |
| <b>Dependiente</b>  |   |
| 5   | Solo requiere supervisión por el asistente al paciente            |
| 4   | Solo requiere la mínima asistencia (paciente aporta el 75% o más) |
| 3   | Requiere asistencia moderada (paciente aporta 50% o más)          |
| 2   | Requiere asistencia mínima (paciente aporta 20% o más)            |
| 1   | Requiere asistencia total (paciente aporta menos del 20%)         |

DNI: \_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

# PLAN DE TRATAMIENTO

## PLAN DE TRATAMIENTO

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(Para ser completado por el prestador)

### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### ESTRATEGIA DE ABORDAJE

---

---

---

Firma y sello del profesional