

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL CARTÓN Y QUÍMICOS



R.N.O.S. LEY 23660 – 1-1410-9

Oswaldo Cruz 2075 – (1293) Capital Federal - T.E. 4126-0900-Fax 4301-0512

Instructivo 2018 para presentar prestaciones por discapacidad

IMPORTANTE:

El inicio del trámite no implica en sí mismo su autorización.

Las prestaciones podrán ser brindadas SOLO cuando cuenten con autorización emitida por el ÁREA DE DISCAPACIDAD DE LA OBRA SOCIAL. El inicio de las prestaciones, sin autorización NO OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR LAS PRESTACIONES.

La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, NO DA DERECHO al profesional a continuar con la prestación, ni obliga a la OBRA SOCIAL a cubrir el pago sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

Ante cualquier irregularidad detectada por el sector de auditoria, la obra social podra interrumpir en cualquier momento del año, la prestacion autorizada

Es obligacion de los padres comunicar cualquier modificacion en el tratamiento o datos de filiacion (ej: cambio de domicilio, cambio de telefono,etc)

Documentación general requerida:

En caso de ser necesario, seran citados a una entrevista por el sector de auditoria de la obra social (solo para afiliados de Bs As.)

Es obligatorio presentar toda la documentación requerida EN FORMA COMPLETA. Se recepciona documentación a partir de Noviembre para la renovación del año 2018

- 1) Del TITULAR SOLO en caso de que sea monotributista: presentar fotocopia de comprobantes de pago de los últimos 3 meses anteriores a la fecha de inicio del tramite
- 2) Del BENEFICIARIO Fotocopia del certificado de discapacidad VIGENTE o constancia de turno para renovación. Si se vence en el transcurso del año, es responsabilidad de los padres presentar el certificado vigente ante la obra social, para que las prestaciones tengan continuidad.
- 3) Planilla de actualización de datos personales (ver ANEXO 5)
- 4) Constancia de alumno regular original, indicando turno y grado en que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela y numero de CUE.

Documentación medica requerida:

- 5) Resumen de historia clínica confeccionada por el medico de cabecera

- 6) Pedido Medico ORIGINAL firmada por medico tratante (no puede ser realizada por ningún profesional que pertenezca a la institución donde se realiza el tratamiento, tampoco se podrá mencionar y/o sugerir prestadores)

Debe contener nombre completo del beneficiario, siglas de O.S y N.º DNI, solicitud de prestación indicando el periodo de cobertura (de que mes a que mes y en que año ej: de marzo a diciembre 2018) y frecuencia semanal, la fecha de emisión anterior al pedido solicitado y diagnostico.

Tener en cuenta que:

Si se solicita:

INSTITUCIÓN: debe indicar el tipo de jornada Simple o Doble (Ej. EGB, CET, etc., Ej. Jornada simple de marzo a diciembre 2018)

PRESTACIÓN DE APOYO: debe detallar la especialidad, frecuencia semanal (Ej psicología 1 veces por semana).

TRANSPORTE: La aprobación del transporte privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. El pedido de transporte especial debe estar justificado médicamente e indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida y destino. (Ej. transporte especial desde su domicilio hacia el consultorio de fonoaudiología).

DEPENDENCIA : En el caso que se solicite dependencia (necesidad de asistir al paciente) se deberán completar TODOS los campos de la escala FIM por el médico de cabecera. El FIM no acredita dependencia, ésta será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoria en Discapacidad.

PRESTADORES: DEBERÁN PRESENTAR

- 1) Presupuesto (debe contener apellido y nombre del afiliado, prestación a realizar (debe coincidir con el pedido medico) cronograma de días y horarios en que se brindara la prestación, frecuencia, periodo de tratamiento, monto según resolución vigente)
- 2) Datos OBLIGATORIOS del prestador (domicilio, teléfono y **e-mail:** toda notificación sera enviada a la dirección de correo electrónico informada)
- 3) Plan de tratamiento de la prestación (con objetivos específicos e individualizados a trabajar con el beneficiario para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada. En los casos de Integración Escolar y de Estimulación Temprana deberá ser firmado por todo el Equipo interviniente detallando el rol de cada profesional y carga horaria de atención)
- 4) Los profesionales deberán presentar Título habilitante
- 5) Fotocopia de inscripción al registro nacional de prestadores en la SSS, VIGENTE (del profesional y/o institución: **categorización de la misma por SNR**)
- 6) Constancia de inscripción AFIP
- 7) Comprobante de CBU del prestador que realice la factura, emitido por el banco
- 8) Planilla de conformidad de prestación (según modelo adjunto) firmada por los profesionales y los afiliados titulares (registro de firmas)
- 9) Informes evolutivos de la prestación brindada, OBLIGATORIOS, correspondientes al primer y segundo semestre

Especificaciones de las Prestaciones:

INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRA DE APOYO

INSTITUCIONES CATEGORIZADAS para las modalidades de Educación Especial, Educación General Básica, Centro Educativo Terapéutico con Integración escolar y Equipos debidamente categorizados

MAESTRA DE APOYO: La misma podrá ser brindada por: un psicopedagogo/a o Profesor/a en Educación Especial . SIN EXCEPCIÓN

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).

IMPORTANTE: El profesional que brinde esta prestación no podrá brindar prestación de apoyo de manera complementaria.

Ademas de los otros requerimientos deberán presentar:

Modalidad de la prestación y carga horaria

Certificado analítico de materias aprobadas

Adaptaciones curriculares o proyecto pedagógico individual firmado por todo el equipo interdisciplinario que brinda la prestación.

Acta Acuerdo firmada por el Equipo Integrador o Profesional, la escuela común y el padre, madre o tutor, firmada por la docente especial y los profesionales del equipo interdisciplinario que intervienen, las autoridades de la escuela, la Maestra de grado y los padres.

INTERNACION U HOGAR

Justificación medica que indique los motivos por los cuales el beneficiario debe vivir en un hogar

Sera requisito realizar un informe socio ambiental del beneficiario y su familia, emitido por una trabajadora social

-ESTIMULACIÓN TEMPRANA: Deberá ser brindada por un Centro de Estimulación Temprana o Centro de Rehabilitación. Habilitado para tal fin. Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 0 a 4 años de edad. Documentación a presentar: 1-Pedido médico 2-Presupuesto original según valores del último nomenclador vigente 3-Plan de trabajo: conteniendo los objetivos a alcanzar, firmado por el profesional responsable. 4-Documentación adicional del profesional: -Fotocopia de Título habilitante -Fotocopia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores -Fotocopia de DNI -Constancia de Inscripción de AFIP -Consentimiento (VER ANEXO) 5-Documentación adicional del Centro de Rehabilitación / Estimulación Temprana: -Fotocopia de Categorización por el Servicio Nacional de Rehabilitación -Fotocopia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud -Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud. 6-Comprobante de CBU para efectuar el pago correspondiente

TRANSPORTE: indicar domicilio de origen, domicilio de destino, cantidad de kilómetros recorridos diarios, cantidad de kilómetros recorridos por mes, valor unitario del kilómetro según última resolución, valor total del mes y cantidad de viajes.

-Documentación del Transportista:

-Fotocopia de DNI

-Fotocopia del carnet de conducir vigente

-Fotocopia de la Póliza del Seguro Automotor

-Fotocopia de Habilitación Municipal Vigente

-Documentación de celadora (en caso de poseer)

-Impresión de Google Maps con recorrido a realizar ingresando aquí: www.maps.google.com.ar

En caso de requerir dependencia, deberá completar la escala FIM el mismo medico especialista que solicita el transporte (solo para transportes especiales con celadora, NO incluye remis)

Los valores de las prestaciones siempre deben estar sujetos a los aranceles establecidos por la "**Superintendencia de Servicios de Salud**".

IMPORTANTE: La resolución 428/1999 del Ministerio de Salud indica que: "El máximo de horas de prestación de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales , cuando el caso requiera mayor tiempo de atención, se orientara al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas"

Por esta razón , desde el equipo de auditoria de la obra social, indicamos que el beneficiario, en ese caso, deberá concurrir a un centro de rehabilitación categorizado para tal fin.

Así mismo, en caso de que al beneficiario se le vayan agregando prestaciones en el transcurso de un tratamiento ya iniciado, el equipo de auditoria REEVALUARA dicho tratamiento, pudiendo modificar la cantidad de las prestaciones y sesiones autorizadas.

Abandono de Tratamiento Se deberá emitir una nota por parte del beneficiario titular informando y argumentando el fin del tratamiento, con la fecha de la ultima prestación brindada, firmada por el mismo.

FACTURACIÓN: Confeccionadas según normas AFIP, descriptas en la resolución 887-E/2017

<https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/anexos/173792/20171027>

del 1 al 10, dándose como **plazo máximo 30 días**, transcurrido dicho plazo **No se recepcionara la factura**

Así mismo, los profesionales tratantes de un mismo afiliado, deberán presentar la factura todos al mismo tiempo, para no demorar en el pago al resto.

Adjuntar a la Factura, el comprobante de la asistencia del paciente para cualquier prestación (Institución y/o Transporte) con la firma de conformidad del Afiliado Titular o familiar responsable (con firma registrada), siendo esto imprescindible para su autorización.

En el caso de las prestaciones de apoyo, y transporte, la planilla deberá ser diaria, ya que el padre/madre o familiar responsable debe firmar diariamente los días que concurre o se traslada el afiliado.

Los pagos se realizan vía transferencia bancaria aproximadamente a los 45 días después de la entrega de la factura, razón por la cual los prestadores deberán comunicar su CBU y su email.

En todos los casos se deberá presentar recibo oficial según Resolución 400/16

ANEXOS

Se adjuntan a este manual, modelos de Presupuestos correspondientes según los tipos de tratamientos que puedan llegar a solicitar los beneficiarios.

1.-Presupuesto Prestaciones de Apoyo (Debe contener estos datos)

En caso de que se modifique algún dato, llamar a la obra social para su actualización

Fecha de Emisión:.....

Beneficiario:.....DNI:.....

Prestación/ Especialidad:.....

Periodo:.....

Cantidad de horas semanales diferenciadas en cantidad de días.....

Monto Sesión:..... Monto Mensual:.....

Observaciones:.....

Prestador:.....

Domicilio de Atención:.....

Teléfono:..... Correo electrónico:.....

Cronograma de Asistencia: Marcar con una cruz los días y horario pactado con el beneficiario que correspondan.

Lunes:.....

Martes:.....

Miércoles:.....

Jueves:.....

Viernes:.....

Sábado:.....

Nro de CBU.....

Firma:.....

Aclaración:.....

Es necesario junto a este modelo de presupuesto, adjuntar la documentación a presentar que aparece detallada en el presente instructivo.

IMPORTANTE:

- PLANILLA DE ASISTENCIA

Será necesario que el presupuesto presentado por los profesionales, detalle día y horario de la prestación, por ejemplo, si se trata de ocho sesiones de psicología mensuales, detallar que el afiliado asiste martes y jueves de 14 a 15 hs.

Al presentar la factura, adjuntar la siguiente planilla de asistencia, la cual deberá estar firmada por el padre/tutor del afiliado objeto de la prestación.

NO SE ACEPTARAN SESIONES CONJUNTAS, por ejemplo, dos horas reloj de Psicología, facturadas como dos sesiones independientes. Las mismas deberán ser distribuidas de acuerdo a la disponibilidad del paciente y el prestador.

2.-MODELO DE PRESUPUESTO INSTITUCIONES (Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar)

Fecha de Emisión:.....

Beneficiario:.....

DNI:.....

Modalidad prestacional a brindar:.....

Categoría:.....

Periodo:.....

Tipo de Jornada a realizar:.....

Cronograma de asistencia:.....

Monto Mensual:.....

Observaciones:.....

Prestador:.....

Domicilio de Atención:.....

Teléfono:.....

Correo electrónico.....

Página web:.....

Nro de CBU-----

Firma:.....

Aclaración:.....

3.- MODELO DE PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión:.....

Beneficiario:..... DNI:.....

Prestación a Brindar: Transporte Especial.....

Periodo:.....

Km Diarios:..... Km Mensuales:.....

Monto por Km:..... Monto Mensual:.....

Lugar de partida:.....

Lugar de destino:.....

Impresión de Google Maps ingresando a: www.maps.google.com.ar

Cronograma de Traslados: Marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes:.....

Martes:.....

Miércoles:.....

Jueves:.....

Viernes:.....

Sábado:.....

Prestador:.....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

Compañía de Seguros:..... Nro de Póliza:.....

Vigencia Licencia de Conducir:.....

Vigencia Habilitación municipal:.....

Nro de CBU.....

Firma:.....

Aclaración:.....

4.- CONFORMIDAD Y REGISTRO DE FIRMA:

DISCAPACIDAD INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emision:.....

Razon Social del Prestador.....

Domicilio de atencion

Localidad/Provincia Telefono

Nombre Beneficiario

DNI

Prestaciones a Brindar

Tipo de Jornada(Simple o Doble)..... Dependencia (SI/NO)

Matricula \$...... Monto Mensual\$...... Categoria.....

Periodo ciclo lectivo,Desde Hasta

Cronograma de Asistencia

| DIAS | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| HORARIO | | | | | | |

Observaciones

Firma de la Institucion

Aclaracion

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario

DNI.....

FIRMA

ACLARACION

DNI

ESPECIALIDADES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emision:.....

Razon Social del Prestador.....

Domicilio de atencion

Localidad/Provincia Telefono

Nombre Beneficiario

DNI

| Prestacion/Especialidad | Cantidad sesiones | Monto Sesion \$ | Monto mensual \$ |
|-------------------------|-------------------|-----------------|------------------|
|-------------------------|-------------------|-----------------|------------------|

.....
.....
.....

Periodo ciclo lectivo,Desde Hasta

Cronograma de Asistencia

| Dia/Horario | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|-------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Esp. | | | | | | |
| Esp. | | | | | | |
| Esp. | | | | | | |

Observaciones

Firma de la Institucion

Aclaracion

CONSENTIMIENTO

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario

DNI.....

FIRMA

ACLARACION

DNI

DISCAPACIDAD **TRANSPORTE** PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emision:.....

Razon Social del Prestador.....

Domicilio de atencion

Localidad/Provincia Telefono

Nombre Beneficiario

DNI

TRASLADOS

| PARTIDA | DESTINO | VIAJES/ DIA | KM/VIAJE | \$/KM | \$ DIARIO |
|---------|---------|-------------|----------|-------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dependencia S/N

Monto Mensual \$

Periodo traslados Desde

Hasta

Cronograma de Traslados

| DIAS | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Observaciones

Firma responsable de traslado

Aclaracion

CONSENTIMIENTO

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al

Beneficiario

DNI.....

FIRMA

ACLARACION

DNI

5.-Actualización de datos personales

Datos del titular:

Apellido y Nombre:.....

Domicilio y localidad.....

Teléfono:.....

Datos del beneficiario:

Apellido y nombre:.....

Edad:.....

DNI:.....

Domicilio y localidad:.....

Teléfono de contacto:.....

Grupo familiar conviviente:

| Nombre y apellido | Edad | Vínculo | Ocupación | E-Mail | Teléfono |
|-------------------|------|---------|-----------|--------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Datos de vivienda (marque con un cruz según corresponda)

| | | | | | | | |
|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| PROPIA | <input type="checkbox"/> | ALQUILADA | <input type="checkbox"/> | SUBALQUILADA | <input type="checkbox"/> | CEDIDA | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------|--------------------------|

Características de la construcción (marque con un cruz según corresponda)

| | | | | | |
|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| MAMPOSTERIA | <input type="checkbox"/> | PREMOLDEADA | <input type="checkbox"/> | MADERA | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------|--------------------------|

OTROS MATERIALES:.....

Terreno: (marque con un cruz según corresponda)

| | | | | | |
|--------|--------------------------|--------|--------------------------|------------|--------------------------|
| PROPIO | <input type="checkbox"/> | CEDIDO | <input type="checkbox"/> | COMPARTIDO | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|--------|--------------------------|------------|--------------------------|

Firma:.....

Aclaración:.....

Fecha:.....