

Sr. Afiliado

Le acercamos el instructivo para las prestaciones de discapacidad correspondiente al año 2019.

Los trámites tendrán modalidad de renovación de trámites de manera semestral siendo el límite de recepción para el 1er semestre del año el 28/02/2019 y para las escuelas el 31/03/2019. Para el segundo semestre el día 31 de julio de 2019 será la fecha límite de entrega de documentación (consentimiento informado y planes de trabajo).

Les recordamos que los requisitos deberán ser completados para poder autorizar las prestaciones, en caso contrario no podremos dar curso a lo solicitado.

OSPECESA mantiene su líneas de atención para brindar información y resolver dudas o inquietudes que puedan tener referidas a las prestaciones por discapacidad: 0800-999-6878 o 4208-4308 / 7123/ 7665.

Aprovechamos la oportunidad para agradecerles haber compartido con nosotros a través de nuestras vías de comunicación, no solo inquietudes referidas a requisitos puntuales, si no también habernos participado de alegrías en avances de tratamientos, culminaciones de ciclos, egresos y pasajes a nuevas etapas.

## **INSTRUCTIVO DE DISCAPACIDAD 2019**

### **REQUERIMIENTOS PARA EL AFILIADO**

*No se dará curso al pedido de subsidio para el año 2018, si existiera pendiente de documentación solicitada para el 2019.*

#### **Nota del Afiliado titular**

Dirigida a la Obra Social especificando

- Nombre y Apellido del beneficiario
- Indicar prestación que solicita:
  - Para solicitar instituciones indicar su modalidad: Educación especial (Nivel Inicial, EGB o Formación Laboral), Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y tipo de jornada (doble o simple).
  - Para solicitar tratamientos deberá indicar cada terapia con su frecuencia de atención (ej.: Fonoaudiología 3 veces por semana)
  - Para solicitar transporte especial a tratamientos, por favor, consignar los días en que el traslado se realiza

**EN TODAS LAS PRESTACIONES INDICAR PERIODO DE COBERTURA** (1ER semestre: de enero a junio y 2DO semestre: julio a diciembre)

- Al pie de la nota debe estar la firma del afiliado titular, con aclaración de la misma, número de DNI, número de afiliado, teléfono actualizado y dirección.
- Firmar consentimiento conjuntamente con el prestador:  
Profesional/institución/transportista que corresponda (se Adjunta modelo. Hojas 7-9) el periodo también es semestral.

**Fotocopia del Certificado de Discapacidad** en vigencia, si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de presentación RECUERDE que debe solicitar la renovación del mismo y adjuntarle el tramite, esto permitirá la continuidad de la prestación.

**Constancia de Alumno Regular.** Para justificar asistencia a escuela común o especial Centro Educativo terapéutico y Centro de Día.

**Fotocopia de DNI.** Del beneficiario

**Recibo de Haberes Actualizado**

#### **CAMBIO, AMPLIACION DE COBERTURA O PRESTADOR**

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse con Area de Discapacidad a los siguientes números 4208-4308/7123/7665 o al 0-800-999-6878.

## REQUERIMIENTOS PARA EL PROFESIONAL MEDICO

Resumen de historia clínica (anual):

- Debe ser Original se le solicitara de manera anual
- Deberá contener evolución y estado actual del paciente
- 

Prescripción medica (anual)

- Debe ser original. Se solicitara de manera anual
- Deberá contener diagnostico
- Si se indican:
  - **Prestaciones ambulatorias** por sesión, indicar especialidad y cantidad mensuales de sesiones requeridas para cada una de ellas. **Cada especialidad en una orden diferente.**
  - **Concurrencia a institución** especificar modalidad [Escolaridad especial (nivel inicial, EGB, Formación Laboral), CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día/CET] y tipo de jornada (simple o doble).
  - **Transporte especial se deberá efectuar:**
    - El servicio solo está destinado a los afiliados que presentan una patología motora, en caso de patologías mentales que no pueda acceder al servicio publico de pasajeros la justificación deberá orientarse hacia situaciones:
      - Emocionales (conducta disruptiva en espacios públicos, fobias, auto o heteroagresion).
      - Familiares (trabajo en ambos padres o flia. Mono parenteral.

## REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

### Instituciones:

- 1- **Todo prestador deberá estar inscrito en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) que acredite su condición mediante certificado específico. En caso contrario no se procederá a la autorización de la prestación.**

Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana, emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud vigentes.

Resto de las prestaciones categorización DEFINITIVA emitido por el Servicio Nacional de Rehabilitación.

- 2- **Escuelas Especiales, CET, Centro de Día:** Constancia de alumno regular y constancia mensual de concurrencia a la institución que se podrá presentar con la facturación mensual.
- 3- **Presupuesto** en Original *ANUAL* detallando:
  - Modalidad de prestación y tipo de jornada: Simple o Doble (especificar si se brinda o no el servicio de comedor)
  - *Solicitud de dependencia:* debe quedar consignado claramente en el presupuesto y debidamente fundamentado por Tabla FIM  
*Se contemplara el adicional por dependencia para las modalidades prestacionales: CET, Centro de Día, Hogares y Transporte Especial. Quedan Excluidas: Escolaridad especial, estimulación temprana, Apoyo a la Integración escolar, modulo ambulatorio, prestación de apoyo.*
- 4- **Plan de tratamiento** (semestral) en todas las prestaciones se deberá entregar plan de tratamiento con objetivos de trabajo personalizado  
Para Apoyo de la Integración Escolar: a lo solicitado anteriormente agregar: Acta acuerdo-Plan de adaptaciones curriculares por materia.-Constancia de Alumno regular emitido por la escuela común con dirección completa de la escuela común.

Hogares:-Informe Social y-Cronograma de actividades por servicio en caso de brindarse Hogar con otra prestación, ej.: Hogar con Centro de Día.

### **Modalidad de Facturación:**

Prestación mensual (del 1 al 10 de cada mes) de la factura correspondiente según su condición ante el IVA con su correspondiente recibo cancelatorio. El detalle de la factura deberá contener los siguientes datos: nombre del afiliado, modalidad prestacional, jornada, mes facturado, si se incluye dependencia. Importe el Recibo deberá contener Nro. De factura que cancela. Se deberá adjuntar constancia mensual de asistencia.

## Profesionales

Se considera prestador a todo agente inscripto en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) que acredite su condición mediante certificado específico en caso de Kinesiólogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos.

Se solicitará Título Habilitante a Psicomotristas- Psicopedagogos- Musicoterapeutas- Terapistas Ocupacionales – Prof. De educación Especial y Prof. De disminuidos visuales.-

### **Deberán presentar presupuesto original detallando:**

1. Modalidad de prestación
2. Detalle de los días específicamente los días de la semana de atención y cantidad de sesiones por mes.
3. Importe mensual y por sesión
4. Debe indicar en el mismo: domicilio del consultorio, teléfono, sello y firma del profesional tratante.

Plan de tratamiento (semestral) en todas las prestaciones se deberá entregar plan de tratamiento con objetivos de trabajo personalizado.

*Maestro de Apoyo en Integración Escolar* detalle de días y horarios de la prestación.

Plan de adaptaciones curriculares por materia. Acta acuerdo firmada por Flia. , escuela común y maestro integrador. Constancia de alumno regular de la escuela común.

### **Modalidad de Facturación:**

Prestación mensual (del 1 al 10 de cada mes) de la factura correspondiente según su condición ante el IVA con su correspondiente recibo cancelatorio. El detalle de la factura deberá contener los siguientes datos: nombre del afiliado, cantidad de sesiones, mes facturado, importe el recibo deberá contener número de factura que cancela, adjuntar planilla de asistencia.

### **Transporte Especial:**

Se reconocerán aquellos traslados a instituciones y rehabilitación. Será reconocido para aquellos afiliados que presenten pedido médico.

Deberán presentar:

- Pedido Médico
- Presupuesto original con firma del prestador (Anual). Ver modelo Adjunto
- N° de CUIT del Transportista / Datos del Transportista/ Seguro / Habilitaciones

### **Modalidad de Facturación:**

Prestación mensual (del 1 al 10 de cada mes) de la factura correspondiente según su condición ante el IVA con su correspondiente recibo cancelatorio. Presentar planilla de asistencia mensual.

Datos de las facturas a nombre de OSPECESA, en el detalle : nombre del beneficiario, punto de partida y punto de destino, cantidad de Kilómetros diarios y mensuales- Costo por Kilometro, detallar si tiene dependencia. Mes al que corresponde la factura.

PRESUPUESTO TRANSPORTE 201....

Empresa de Transporte:.....

CUIT:.....Domicilio:.....

Localidad:.....Telefonos:.....

Afiliado OSPECESA:.....

DNI:.....

**DESTINO 1**

Desde:.....

.....

Hasta:.....

.....

Cantidad de Km/dia:..... Cantidad de

**DESTINO 2**

Desde:.....

.....

Hasta:.....

.....

Cantidad de Km/dia:..... Cantidad de

Total mensual en Km de todos los trayectos:.....

Total mensual en Pesos de todos los trayectos:.....

Firma:.....Aclaracion:.....

Sello:

**Consentimiento Informado-**

*Familiar a Cargo-Prestador*

Buenos Aires,...../...../...../201.....

Sres. OSPECESA

En mi Carácter de (vinculo).....de.....

DNI N°.....Afiliado N°.....doy mi consentimiento

Que se lleve a cabo la (prestación/tratamiento).....

El mismo se realice a cargo de:

Dependencia: SI NO

Para el Periodo:.....

Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido. Presto conformidad a su realización.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

N° de Afiliado:.....

Firma y Sello de Prestador:.....



**Consentimiento Informado-**

*Familiar a Cargo-Transporte Especial*

Buenos Aires,...../...../...../201.....

Sres. OSPECESA

En mi Carácter de (vinculo).....de.....

.....

DNI N°.....Afiliado N°.....doy mi consentimiento

Que se lleve a cabo el Traslado a.....

.....

Cantidad de KM diarios.....KM mensuales.....

El mismo se realice a cargo de:

.....

Dependencia: SI NO

Para el Periodo:.....

Presto conformidad a su realización.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

N° de Afiliado:.....

Firma y Sello de Prestador:.....

Apellido y Nombre del Beneficiario.....

Prestador:.....

Prestacion:.....Mes:.....Año:.....

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO / TUTOR	ACLARACION
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					