

INSTRUCTIVO PARA COBERTURA DE PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD – SISTEMA DE MECANISMO DE INTEGRACIÓN

Todas las solicitudes correspondientes al año 2025 serán evaluadas conforme a lo establecido por la Resolución 1743/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Sólo se autorizará trámites con documentación completa, de acuerdo a lo requerido en este instructivo.

Toda la documentación solicitada está sujeta a rectificación, de acuerdo con eventuales modificaciones de la normativa vigente dictadas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

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

Los tratamientos de Estimulación Temprana serán cubiertos durante el primer año de vida por el Programa Materno Infantil de las Obras Sociales, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 247/96 M.S.A.S. **Atendiendo la continuidad del tratamiento los equipos profesionales deberán estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores del Sistema Único de Prestaciones Básicas.**

Únicamente se cubrirán las prestaciones incluidas en el Nomenclador 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 potestad de realizar evaluaciones de seguimiento de los tratamientos autorizados, cuando lo considere pertinente.

¿QUÉ DEBÉS SABER ANTES DE EMPEZAR?

- La solicitud debe realizarse con al menos 45 días de antelación al inicio de la prestación.
- El envío de documentación no garantiza autorización.
- La evaluación se realiza en base al CUD, afiliación, auditoría médica y análisis del Equipo Interdisciplinario de la Obra Social.
- ***El Equipo Interdisciplinario de la Obra Social en caso de considerarlo pertinente, podrá solicitar documentación respaldatoria adicional, como asimismo una entrevista con los padres/tutores y el beneficiario.***
- La cobertura no es automática.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación sin la previa autorización.

¿CÓMO ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN?

- Enviar por mail a: discapacidad@oseiv.com.ar

- Los formularios mencionados a lo largo del presente instructivo tienen carácter de modelo orientativo y constituyen un formato sugerido para facilitar la presentación de la documentación requerida. La utilización de los modelos facilita el proceso de análisis y auditoría, pero no es excluyente, siempre que la documentación presentada sea clara, completa y contenga todos los datos requeridos según el presente instructivo.

- Formato: PDF escaneado, legible, sin enmiendas, unificado en un solo archivo o uno por cada prestación.

- Asunto del mail: **NOMBRE COMPLETO + DNI DEL BENEFICIARIO**

Ejemplo de nombres de archivos:

1- PDF Documentación del Beneficiario

2- PDF Documentación Fonoaudiología

3- PDF Documentación Psicología

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- **ENCUESTA SOCIAL - COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE**

- **Certificado Único de Discapacidad (CUD)** vigente o constancia de renovación

- **Comprobante de ingresos** (según corresponda): Último recibo de sueldo / jubilación / monotributo

- **Credencial** del titular y beneficiario

- **DNI** del titular y beneficiario

- **CODEM** (descargado de ANSES)

- **NOTA SOLICITUD DE PRESTACIÓN- COMPLETAR FORMULARIO TITULAR/TUTOR DEL BENEFICIARIO** solicitando la cobertura: la misma debe confeccionarse con fecha anterior al inicio de la prestación requerida y debe indicar específicamente la prestación, el destino y el periodo por el cual se solicita la cobertura. No debe contener enmiendas ni tachaduras sin salvar.

- **Constancia de alumno regular (si corresponde)**, incluyendo número de CUE



DOCUMENTACIÓN MÉDICA

- **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA -COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE** (por neurólogo o pediatra u otro) La fecha debe ser anterior al comienzo del tratamiento, y debe tener la firma y sello del médico. No debe contener enmiendas ni tachaduras sin salvar.

- **PRESCRIPCIÓN MÉDICA POR PRESTACIÓN-COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE** de cada una las prestaciones solicitadas deben solicitarse en forma separada y deben estar comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad: legible, Fecha, sello y firma del médico tratante: Indicando Nombre y Apellido del beneficiario, DNI, N.º de afiliado, diagnóstico del beneficiario según indica el CUD, cantidad de horas semanales (en su caso) y el pedido de cobertura del tratamiento a seguir. (Ej.: Enero a diciembre de 2025).

Para cada prestación se debe indicar el periodo prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia. (jornada simple-doble).

Prestaciones de Rehabilitación: (Ej.: Fonoaudiología, horas semanales, período: Marzo a diciembre 2025)

Prestaciones Educativas o Asistenciales: debe indicarse tipo de jornada (simple o doble) Ej.: Centro Educativo Terapéutico (CET) jornada Simple o doble, período: Marzo a diciembre 2025.

Integración Escolar: debe especificar si es Módulo de apoyo a la integración escolar (Equipo) O Módulo de Maestra de apoyo.

-CUANDO SE SOLICITE DEPENDENCIA: COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE TABLA FIM para prestaciones como: Hogar/Hogar con Centro de Día/Hogar con Centro Educativo Terapéutico/Centro de Día Centro Educativo Terapéutico

También deberá presentarse:

- El informe FIM (médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional).
- Informe del prestador detallando los apoyos conforme al plan de abordaje individual.

- **PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE: COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE**
- **ESCALA FIM:** En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte 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 e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran

IMPORTANTE: REQUISITOS PARA EL PEDIDO DE TRANSPORTE ESPECIAL

- No se reconoce dependencia en menores de 6 años.

El pedido de transporte especial debe contener la siguiente información:

Direcciones de partida y destino: Lugar de partida (domicilio del beneficiario)

Destino (domicilio del prestador o institución)

- Cantidad de viajes por día y mensual.

- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.

- Total de kilómetros del mes.

- Indicar si incluye dependencia.

- Prestación a la que asiste

Período solicitado: Ejemplo: Transporte especial desde su domicilio (Calle 123, Ciudad) hasta Escuela Especial N°10 (Calle 456, Ciudad), jornada doble, ida y vuelta, con dependencia. Período: marzo a diciembre 2025.

Importante: La aprobación del transporte especial privado está sujeta a la imposibilidad de utilizar transporte público, situación que debe ser justificada por el médico tratante. El médico tratante también deberá completar el formulario de solicitud de transporte requerido por la Obra Social.

- **DEPENDENCIA- COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE A ESCALA FIM**

Cuando se solicite dependencia para la prestación de transporte, el pedido deberá incluir: ***Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionado por: El médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.***

Diagrama de traslado indicando los apoyos específicos que se brindarán.

La dependencia será evaluada por Auditoría Médica y el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social, pudiendo requerir documentación adicional.

- No se reconoce dependencia en menores de 6 años.

Kilometraje mensual

Si el traslado solicitado supera los 1.500 km mensuales, la autorización quedará sujeta a evaluación y aprobación de la Superintendencia de Servicios de Salud, para lo cual se requerirá documentación adicional. No se dará curso a la solicitud sin dicha aprobación.

Consideración Final: La evaluación y autorización del transporte está sujeta a la prestación principal autorizada.

Todas las solicitudes año 2025 serán evaluadas de acuerdo a la Resolución 1743/2024 SSSalud. Tanto en el caso de continuidad, inicio, ampliación y modificación sólo podrán

comenzar los tratamientos prescritos si tienen la autorización emitida por la Obra Social, luego de haber presentado la documentación completa a los fines de la auditoría por parte del Equipo Interdisciplinario.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

(EGB/CET/C.DIA/EST.TEMPRANA/PRESTACIÓN DE APOYO/INT. ESCOLAR/MAESTRO DE APOYO/HOGAR)

- CONFORMIDAD PRESTACIONAL-COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE

- PRESUPUESTO- COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE

- ACTA ACUERDO -PRESENTAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE: escuela común (en caso de integración escolar-Maestro de apoyo)

Debe ser emitido por el prestador completando los datos requeridos en el mismo:

- Nombre completo, DNI y N.º del beneficiario- Tipo de prestación
- Cantidad de horas semanales y período en el cual se brindará las mismas sean conforme a la prescripción médica.

El Módulo Integral Intensivo comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes) para brindar esta modalidad se tomarán las prestaciones brindadas por profesionales individuales en conjunto.

El Módulo Integral Simple comprende una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) para brindar esta modalidad se tomarán las

prestaciones brindadas por profesionales individuales en conjunto.

CUANDO SE SOLICITE DEPENDENCIA para prestaciones como: Hogar/Hogar con Centro de Día/Hogar con Centro Educativo Terapéutico/Centro de Día Centro Educativo Terapéutico

También deberá presentarse:

- El informe FIM (médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional).
- Informe del prestador detallando los apoyos conforme al plan de abordaje individual.

Toda vez que la carga de las facturas de los profesionales por el sistema de mecanismo de integración se realiza dentro de un módulo (Integral intensivo o simple), la atención ambulatoria de prestaciones de rehabilitación de pacientes deberá estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda, el cual debe coordinar al resto de los profesionales intervinientes.



- Cronograma días y horarios en los cuales se brindará prestación al afiliado.
- Adaptaciones curriculares o proyecto pedagógico

Documentación adicional del prestador:

- Título habilitante y analítico
- Matrícula profesional
- Constancia AFIP y de Ingresos Brutos
- CBU firmado y sellado
- Seguro vigente
- Habilitación del Ministerio de Salud
- Registro nacional de prestadores/Superintendencia de Servicios de salud

En el siguiente link encontrará las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

- Informe de evaluación inicial (al inicio de nueva prestación)
- Informe evolutivo (en diciembre de cada año)
- Plan de abordaje individual y objetivos.

DOCUMENTACIÓN PARA TRANSPORTE

- **CONFORMIDAD TRANSPORTE- COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE**
- **PRESUPUESTO TRANSPORTE- COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE**
- Diagrama con origen, destino y km
- Valor por km y total
- Impresión de Google Maps
- Cronograma
- Carnet profesional del conductor
- Seguro, VTV, habilitación, AFIP, CBU, Ingresos Brutos

CAMBIO DE PRESTADOR (COMPLETAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE)

- Nota del titular justificando el cambio
- Presupuesto del nuevo prestador
- Documentación completa del nuevo profesional / transportista

ESPECIFICACIONES DE PRESTACIONES

PRESTACIONES DE APOYO: Comprende prestaciones como Psicología-Psicopedagogía- Fisioterapia-Psicomotricidad-Fonoaudiología- kinesiología-Terapia Ocupacional - Musicoterapia. El otorgamiento para la prestación deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales, tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal como Escuela Común-Escuela preprimaria- Escuela primaria- CET- AIE, etc.

MÓDULO APOYO A LA INTEGRACIÓN: -ACTA ACUERDO: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Es brindada por un Equipo Integrado de profesionales en Instituciones categorizadas para la integración escolar.

Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

MÓDULO MAESTRA DE APOYO: ACTA ACUERDO: Es brindada por la profesional independiente (sin equipo): Profesora de educación Especial, Lic. En Cs. De la Educación, Psicopedagoga o Lic. En Psicopedagogía.

Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

MÓDULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA: Cobertura para los afiliados de 1 a 4 años, eventualmente hasta los 6 años, por un centro que esté categorizado como;

Los tratamientos de Estimulación Temprana serán cubiertos durante el primer año de vida por el Programa Materno Infantil de las Obras Sociales, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 247/96 M.S.A.S. Atendiendo la continuidad del tratamiento los equipos profesionales deberán estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores del Sistema Único de Prestaciones Básicas.

Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar. Comprende hasta tres (3) sesiones semanales.

En el siguiente link encontrará las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación:

<https://apps.snr.gov.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

INTERNACIÓN/HOGAR: Previo a la autorización se deberá presentar un informe socio-ambiental del beneficiario y su familia emitido por una trabajadora social designada por la Obra Social, con el fin de justificar la necesidad de permanecer de manera permanente en el centro. Justificación médica que indique los motivos por los cuales el afiliado debe vivir en un hogar. Se debe especificar si el paciente requiere alojamiento de lunes a viernes o de manera permanente.

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO:

Es una terapia que **NO SE ENCUENTRA NOMENCLADA** para ser subsidiada por el sistema de mecanismo de integración. En el caso que sea prescripta para personas con discapacidad, la misma debe estar debidamente fundamentada, con un plan de acción establecido, objetivos a corto plazo y cronograma de actividades terapéuticas. Esto será evaluado por el Equipo de Auditoría encargado y en su caso, rediseñar el plan de abordaje (Art.12 y Art. 39 inc. d). **NO SE EVALUARÁ LA POSIBILIDAD DE ESTA COBERTURA** sin el título de grado del profesional, curso pertinente y profesional supervisor de la tarea.

El Acompañante Terapéutico asiste a pacientes previa solicitud del médico, participando siempre en estrategias de tratamiento y en el marco de un equipo de salud, **NUNCA** como un servicio aislado, episódico o fragmentario.

MODIFICACIONES EN PRESTACIONES

Ampliación o cambio de tratamiento:

- Nota del titular
- Nuevo pedido médico
- Historia clínica actualizada

Suspensión o interrupción:

- Nota del titular explicando motivos y fecha de finalización
- La cobertura se otorga a partir del año de vida.
- La autorización será enviada al mail registrado por el titular/tutor y prestadores.

El instructivo de facturación se enviará por mail luego de la autorización.

IMPORTANTE:

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

En concordancia con lo sugerido por la Superintendencia de Servicios de Salud, el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social tiene la potestad de realizar evaluaciones sobre los tratamientos autorizados.