

INSTRUCTIVO 2024 COBERTURA DE PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD POR EL SISTEMA DE MECANISMO DE INTEGRACIÓN

Estimada/o Beneficiaria/o:

Para poder solicitar cobertura de prestaciones deberán presentar la documentación detallada en el presente documento, con una antelación de 45 días mínimo a los fines de dar cumplimiento con la fecha de inicio de las prestaciones solicitadas

Agradecemos su lectura minuciosa para poder cumplimentar con lo solicitado, según corresponda. Todos los formularios(anexos) requeridos se adjuntan al presente.

El presente instructivo con los anexos deberá ser solicitados vía mail a discapacidad@oseiv.com.ar

La presentación (vía mail) de documentación no implica en si misma su autorización, ya que ésta se encuentra sujeta al análisis del Certificado Único de Discapacidad (CUD), afiliación, cobertura vigente, Auditoría Médica y 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.

El expediente completo debe ser enviado con 45 días de antelación.

La documentación presentada debe estar completa para ser auditada por la obra social.

SU RECEPCIÓN NO IMPLICA LA APROBACIÓN DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

Toda la documentación respaldatoria debe tener el nombre completo, DNI, y número de afiliado. Podrá utilizarse la firma en forma ológrafa, electrónica o digital y debe ser remitida en un archivo escaneada por medios digitales.

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO SIGNIFICA AUTORIZACIÓN NI COBERTURA SOLICITADA.

LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER ENVIADA ESCANEADA EN FORMATO PDF VÍA MAIL A discapacidad@oseiv.com.ar: Indicando DNI, nombre del beneficiario en el asunto, de manera completa y ordenada, de forma legible, **unificado en un único PDF** o bien por prestación y en un mismo mail para poder proceder con la auditoría. Los nombres de los PDF deben ser conforme el siguiente ejemplo:

- 1- PDF Documentación del Beneficiario
- 2- PDF Documentación Fonoaudiología
- 3- PDF Documentación Psicología

Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras y/o correcciones. NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

Las indicaciones médicas y la documentación del prestador deben estar confeccionadas en los formularios pre-armados que se adjuntan en el instructivo.

Adaración: LAS AUTORIZACIONES SERAN ENVIADAS AL MAIL REGISTRADO POR EL TITULAR/TUTOR del beneficiario y a los profesionales/ instituciones, motivo por el cual se solicita letra clara y legible a la hora de la presentación del expediente. El instructivo para la facturación será enviando adjunto por mail una vez se realizan las autorizaciones correspondientes.

DOCUMENTACIÓN BENEFICIARIO

1. FICHA PERSONAL DEL BENEFICIARIO (FORMULARIO 1.1)

2. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD y/o constancia de turno para su renovación en caso de encontrarse vencido.

3. PRESENTAR SEGÚN CORRESPONDA

- Último recibo de sueldo
- Último comprobante de cobro de la Jubilación
- Último comprobante de pago del Monotributo

4. CREDENCIAL DEL BENEFICIARIO Y DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

5. DNI DEL BENEFICIARIO Y DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

6. COMPROBANTE DE MPADRONAMIENTO DE OBRA SOCIAL (CODEM)

Se podrá descargar de la página de ANSES en el cual tendrá que figurar el afiliado titular y su grupo familiar a cargo.

7. NOTA DEL TITULAR SOLICITANDO LA PRESTACIÓN A LA OBRA SOCIAL (FORMULARIO 7.1), 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

En caso de asistir a la escuela deberá presentar

- Constancia de Alumno Regular Original, indicando turno y grado al que asiste, con sello y firma de las autoridades de la misma
- Número de CUE (Clave Única del Establecimiento). Presentar antes de marzo 2024.

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

8. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (FORMULARIO 8.1):

confeccionada por el Neurólogo o Pediatra. La fecha debe ser anterior al comienzo del tratamiento, y debe tener la firma y sello del médico.

9. PRESCRIPCIÓN MÉDICA: 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, cantidad de horas semanales (en su caso) y el pedido de cobertura del tratamiento a seguir. (Ej.: Enero a diciembre 2024).

Prestaciones de Rehabilitación: debe indicarse la prestación.

(Ej.: Fonoaudiología, horas semanales, período: Marzo a diciembre 2024)

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 2024.

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

10. PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE ESPECIAL (FORMULARIO 10.1 Y FORMULARIO 10.2):

Ficha de medida de Independencia funcional (FIM) el pedido del transporte especial debe indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida, destino y período.

Ej.: Transporte Especial desde su domicilio (indicar domicilio de partida) hasta Escuela especial (indicar domicilio de llegada, jornada doble o simple, si es ida y vuelta, con o sin dependencia), período (Ej.: marzo a diciembre 2024).

La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de no poder trasladarse en transporte público.

Dicho pedido debe estar justificado por el médico tratante que además debe completar la solicitud de transporte solicitado por la Obra Social.

En caso que el médico tratante indique que la prestación debe brindarse con dependencia, la misma debe estar justificada en el resumen de HC realizado por el médico junto con la prestación de la Escala FIM (Art. 13 Ley 24.901). La dependencia en todos los casos será evaluada por auditoría médica y el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social, pudiendo solicitar documentación adicional. NO se reconoce dependencia en menores de 6 años

IMPORTANTE. En caso de superarse los 1.500 km mensuales, quedará sujeta la autorización al resultado de la evaluación y aprobación por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, para lo cual se solicitará la documentación requerida Superintendencia de Servicios de Salud y no se

dará curso hasta tener la aprobación.

• DEPENDENCIA

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 el médico tratante o Lic. En Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

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 el médico tratante y/o Lic. Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

La dependencia en todos los casos será evaluada por Auditoría médica y el Equipo interdisciplinario de la Obra Social, pudiendo solicitar documentación adicional. NO se reconoce dependencia en menos de 6 años.

LA EVALUACION Y AUTORIZACION DEL TRANSPORTE ESTARÁ SUJETA A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL.

DOCUMENTACION DE LOS PRESTADORES

11.

A. PRESUPUESTO INSTITUCIONES/PROFESIONALES

(FORMULARIO 11.1)

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

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. Asimismo, el equipo Interdisciplinario de la Obra Social tiene la facultad de evaluación
- Valor por sesión (para prestaciones de rehabilitación modulo integral simple/intensivo) o monto mensual en caso de corresponder a una prestación nomendada de forma mensual.

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.

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.

B. CONSENTIMIENTO (FORMULARIO 11.2)

C. MÓDULO MAESTRA DE APOYO (FORMULARIO 11.3)

Acta de Acuerdo: entre las tres partes involucradas firmado por el equipo integrador o profesional, la escuela común y el padre/madre o tutor. Debe tener el sello de la Escuela Común donde se integra.

Adaptaciones curriculares: por áreas o proyecto pedagógico individual original firmado por la institución o por el profesional interviniente.

▪ **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR: PROFESIONALES/ INSTITUCIONES:**

- TÍTULO HABILITANTE Y CERTIFICADO ANALÍTICO
 - MATRICULA
 - CBU con firma y sello de la prestadora
 - CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN AFIP
 - CONSTANCIA DE INGRESO BRUTOS
 - CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN COMO PRESTADORES EN EL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y/O REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. (art. 29 – ley 23.660) vigentes.
 - PÓLIZA DE SEGURO VIGENTE
 - HABILITACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD O DISPOSICIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN.
- **INFORME DE EVALUACION 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.
- **INFORME EVOLUTIVO:** en caso de tratarse de un afiliado en tratamiento, en el mes de diciembre se deberá adjuntar a la factura un informe evolutivo específico del beneficiario, debe ser elaborado por la institución y/o profesional con firma y sello.
- **PLAN DE ABORDAJE:** debe contener los objetivos amplios e individualizados del beneficiario para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada, con firma y sello del profesional tratante.

D. TRANSPORTE:

I. CONSENTIMIENTO (FORMULARIO 11.2):

II. PRESUPUESTO (FORMULARIO 11.4)

- Debe constar el diagrama de origen y destino con los kilómetros que abarcan el mismo.
- El valor por KM y el valor KM total
- Detallar si corresponde la dependencia, los valores del mismo y el período de la prestación)
- IMPRESIÓN DE GOOGLE MAPS CON RECORRIDO A REALIZAR (se gestiona por internet)
- CRONOGRAMA DE DÍAS Y HORARIOS
- CARNET DE CONDUCIR (categoría profesional)
- PÓLIZA DE SEGURO VIGENTE.
- VTV
- HABILITACIÓN VIGENTE.
- CONSTANCIA DE AFIP

- CONSTANCIA DE CBU
- CONDICION INGRESOS BRUTOS

E. SOLICITUD CAMBIO DE PRESTADOR (FORMULARIO 11.5)

En los casos que se solicite un cambio de prestador que este brindando una prestación autorizada, deberá presentar la siguiente documentación:

- Nota del padre, madre o tutor solicitando dicho cambio de prestador, donde se encuentre fecha de inicio del tratamiento del nuevo prestador solicitado, motivo y fecha de la baja del prestador anterior. Debe colocarse al final de la nota: firma, aclaración y número de DNI.
- Presupuesto del nuevo profesional o Transportista con el período en el cual brindará la prestación.
- El profesional/transportista deberá presentar la documentación detallada anteriormente.

F. MODELO DE INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL (FORMULARIO 11.6)

que debe presentar a la Obra Social, completado en su totalidad para poder proceder con los establecido de acuerdo a los parámetros solicitados por la SSSALUD.

Adaración: LAS AUTORIZACIONES SERAN ENVIADAS AL MAIL REGISTRADO POR EL TITULAR/TUTOR del beneficiario y a los profesionales/ instituciones, motivo por el cual se solicita letra clara y legible a la hora de la presentación del expediente. El instructivo para la facturación será enviando adjunto por mail una vez se realizan las autorizaciones correspondientes.

ESPECIFICACIONES DE LAS PRESTACIONES

- **PRESTACIONES DE APOYO:** son aquellas prestaciones que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal. Psicología-Psicopedagogía-Fisioterapia-Psicomotricidad-Fonoaudiología-kinesiología-Terapia Ocupacional -Musicoterapia. El otorgamiento de estas prestaciones 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.
- **MODULO APOYO A LA INTEGRACION:** Es brindada por un Equipo Integrado de profesionales en Instituciones categorizadas para la integración escolar, o bien un CET/Escuela Especial.
- **MODULO MAESTRA DE APOYO:** Es brindada por la profesional independiente (sin equipo): Profesora de educación Especial, Lic. En Cs. De la Educación, Psicopedagogía o Lic. En Psicopedagogía.

- **MODULO ESTIMULACION TEMPRANA:** Cobertura para los afiliados de 1 a 4 años. Puede ser brindado por profesionales individuales, o por un centro que este categorizado; se podrá presentar a partir de una sola prestación o más. Quedan exentas las prestaciones de Psicología y Psicopedagogía.

- **INTERNACION/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.
 - La documentación será evaluada por el Médico Auditor de la Obra Social.

- **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 o psicólogo tratante, participando siempre en estrategias de tratamiento y en el marco de un equipo de salud, NUNCA como un servicio aislado, episódico o fragmentario. Se abstendrá de intervenir en aquellos casos en que no hubiere terapeuta o profesional a cargo del tratamiento, en el entendimiento que el ejercicio profesional del Acompañante Terapéutico constituye una labor auxiliar y complementaria en los dispositivos asistenciales. (Art. 3 ley 10. 393).

PUNTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN CASO DE QUE SURJAN MODIFICACIONES EN LAS PRESTACIONES RECIBIDAS

- **AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO**
 - Nota del beneficiario titular solicitando el cambio que incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado y motivo.
 - Nuevo pedido médico original en los casos en el que se indique ampliación de dicho tratamiento.
 - Nuevo resumen de historia clínica original con una justificación médica.

- **INTERRUPCION O SUSPENSION DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS**
 - Nota del beneficiario titular donde especifique los motivos de la finalización de

las prestaciones y los motivos por los cuales fue interrumpido el tratamiento, o la no concurrencia a las mismas. La nota debe tener firma, aclaración y DNI del titular de la Obra Social.

Recordar que dicha modificación será evaluada por el Médico Auditor de la Obra Social para su aprobación.

IMPORTANTE

La documentación deberá presentarse completa en formato digital al mail discapacidad@oseiv.com.ar

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.