
GUIA DE ACCESO PRESTACIONAL DISCAPACIDAD INSTRUCTIVO 2020/2021.

- **Gestión de Cobertura de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad para obtener los beneficios enmarcados en la Ley 24901/97.**

IMPORTANTE

Lo requerido es de cumplimiento obligatorio SIN EXCEPCION. Toda la documentación solicitada por el área de Discapacidad, esta sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Nota al solicitante de prestaciones por DISCAPACIDAD:

Estimado, el presente instructivo, tiene por finalidad ofrecer una guía para facilitar y agilizar la gestión de autorización de cobertura de prestaciones básicas para personas con discapacidad. Las que deben estar comprendidas en el nomenclador nacional; de acuerdo a la normativa vigente, dispuesta por un organismo competente.

En algunos casos, si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos médicos o establecidos por la normativa vigente. Siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

No se recibirá documentación que presente tachadura y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nuevo sello y firma.

Una vez, realizada la presentación completa de las prestaciones conforme al presente instructivo; se procederá a la notificación sobre el Estado de las Autorizaciones- informándose lo autorizado, periodo, y prestador. También, se informarán por el mismo medio- si se registrase documentación faltante o que requiere de rectificación.

En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría

del área de Discapacidad, la misma tiene un tiempo de gestión y de evaluación para otorgar la Autorización. Asimismo, se notifica que no se liquidarán facturas cuya prestación no haya sido autorizada previamente, por lo cual, queda bajo la responsabilidad de los beneficiarios, profesionales y/o instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma.

METODOLOGÍA PARA LA PRESENTACION DE DOCUMENTACIÓN PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD.

- **ALGUNAS GENERALIDADES A CONSIDERAR:**
 - Las prestaciones a cubrir son aquellas que tienen el aval de la Superintendencia de Servicios de Salud; están contempladas en el Nomenclador Nacional (res. 428/99).
 - Se deberá verificar la fecha de vencimiento del Certificado de discapacidad con anterioridad a• fin de gestionar uno nuevo. No se brindará prestaciones si se encuentra el mismo vencido hasta no recibir la constancia de renovación del mismo.
 - No se autorizarán tratamientos de los lugares y/o profesionales que tengan vencida la• categorización y/o no estén inscritos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Servicio Nacional de Rehabilitación.
 - No se autorizarán prestaciones con fecha anterior a la de emisión del certificado de• discapacidad.
 - Se deberá informar en forma fehaciente cualquier variación, inclusión, exclusión, modificación,• etc, que se produzca en el tratamiento por medio de una nota firmada por el titular en original.
 - Para la aprobación del cambio de prestador, deberá informarse mediante Nota de CAMBIO DE PRESTADOR; en la que conste el profesional y la especialidad que será cambiada e informar nuevo prestador.; presentando la documentación correspondiente a la nueva propuesta. También, debe ser informada por NOTA de SUSPENSIÓN O INTERRUPCIÓN de prestaciones en curso o aprobadas.
 - El plus correspondiente a los pacientes dependientes, se autorizará únicamente contra la• presentación de la Tabla FIM realizada y firmada por el médico.

- En el Régimen del Monotributo, el estricto cumplimiento de los pagos mensuales es condición obligatoria para recibir la cobertura médica correspondiente. Ante la ausencia de los mismos, se procede a la inmediata suspensión de las prestaciones autorizadas
- No se aceptarán pedidos médicos con fechas posteriores al inicio del tratamiento solicitado, y/• que no tengan aval científico acreditado por el organismo competente.
- Toda alteración o falta de autenticidad de la documentación aquí solicitada, será derivada al• Dpto. de Legales de la OOSS para su intervención.

▪ **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:**

➤ **1. DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO**

1.1 Fotocopia del DNI del paciente con Discapacidad y del titular de la OOSS.

1.2 Constancia de CUIL (ANSES) e Inscripción en el Padrón de Beneficiarios de la Superintendencia de Servicios de Salud del titular y el paciente.

1.3 Copia Vigente del C.U.D - Certificado Único de Discapacidad – según Ley N° 22.431 y Ley N° 24.901.

1.4 Consentimiento firmado por el titular y el prestador en original al inicio del tratamiento. Debe ser individual por cada prestación solicitada. –Según Resol.444/14 y modif.1511/14.

1.5 Constancia de Alumno regular del año en curso. C.U.E. de la Escuela (Código Único de Establecimiento. Ambos, podrán ser solicitados a la escuela a la que asiste el beneficiario.

1.6Fotocopia del último recibo de sueldo del titular, al inicio de cada periodo del tratamiento.

Monotributistas

1.7 Constancia de inscripción del titular en el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes al inicio de cada periodo de tratamiento.

1.8 Últimos SEIS (6) comprobantes de pago del monotributo consecutivos, al inicio de cada periodo del tratamiento.

➤ **2. DOCUMENTACIÓN DEL MÉDICO**

2.1 Orden médica original indicando UN solo tratamiento por prescripción, especificando el diagnóstico, periodo anual, cantidad de sesiones semanales, validación del nivel de dependencia por escalas FIM. Para Solicitud de Transporte la misma prescripción debe especificar ámbito prestacional al que se indica el traslado.

Las Órdenes Médicas deben ser presentadas con fecha anterior al inicio de la prestación solicitada. La fecha de emisión debe ser previa al inicio del periodo indicado; para su aprobación.

2.2 Resumen de Historia Clínica (Debe informar: Antecedentes- Diagnósticos- Plan de tratamiento integral y farmacológico, si lo tuviese. Estado de Evolución. Objetivos terapéuticos esperados).

➤ **3. DOCUMENTACION DEL TRANSPORTISTA.**

El acceso al presente beneficio, se autorizará a aquellos pacientes que se vean imposibilitados de utilizar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314 art 22 inc. a); por motivos CLÍNICOS-

3.1 La ODEN MEDICA- debe contener la JUSTIFICACIÓN CLINICA, y destino del traslado con fines prestacionales y/o educativos.

3.2 Presentar presupuesto del transportista, con nombre del beneficiario y periodo de prestación, indicando domicilio de origen y de destino, días y horarios.

Se contemplara kilometraje diario con la verificación en GOOGLE MAPS, resultando autorizado el recorrido de menor distancia.

La cobertura a brindar siempre será para los destinos de rehabilitación y/o escolaridad.

No se autorizan horas de espera, ni recorridos que no impliquen la ida y vuelta del paciente a la rehabilitación y/o la escolaridad.

Asimismo, serán tomados como válidos los recorridos diarios efectivamente realizados, corroborando con el cronograma de días y horarios informados, y verificados en planilla de asistencia de la prestación que realiza. No se contemplaran viajes de días feriados, paros o de otra índole.

3.3 Acompañar un Certificado de cobertura emitido por la Compañía de Seguros, del Seguro del vehículo que utilicen, o de Responsabilidad Civil de la empresa de transporte, remisería, etc. No se aceptarán pólizas que especifiquen como "Destino/Uso: Particular".

3.4 Fotocopia del DNI y del Registro de Conducir del transportista D1 D2, Constancia de Inscripción en AFIP y Habilidad Municipal de la compañía de transporte o remisería.

3.5 Confeccionar una factura por cada recorrido y acompañarla con una planilla de recorrido firmada por la madre tutor u acompañante, que coincida con lo declarado en el presupuesto.

3.6 Presentar Declaración Jurada de no posesión de Vehículo otorgado por el Servicio Nacional de Rehabilitación, firmada por el titular.

➤ 4. DOCUMENTACIÓN DE LOS PRESTADORES.

INSTITUCIONES.

Los establecimientos Educativos, Centros Educativos Terapéuticos, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Hogares, Residencias, deberán presentar:

4.1.1 Presupuesto original al inicio de cada periodo, especificando dispositivo y modalidad (jornada simple o doble) con domicilio, teléfono de contacto, N° de CUIT/CUIL del emisor, firma y fecha.

4.1.2 Plan de trabajo y/o informe inicial, donde se detalle el estado actual del paciente y las líneas de trabajo a desarrollar durante el período presupuestado.

4.1.3 Fotocopia de la resolución completa de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, según Resol. Ministerial 444/14.

4.1.4 Fotocopia de la resolución completa de Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad (SNR), para los casos en que no corresponda la inscripción en el RNP.

4.1.5 Conformidad firmada por el titular y el prestador en original al inicio del tratamiento. Debe ser individual por cada prestación solicitada.

PROFESIONALES INDEPENDIENTES.

Profesionales Independientes- cuya profesión esté comprendida dentro del Listado de Carreras que se inscriben en el Registro Nacional de Prestadores (Ej: Fonoaudiólogos; Psicólogos)

Los prestadores independientes que brinden rehabilitación ambulatoria, deben enviar:

4.2.1 Presupuesto original al inicio de cada periodo, especificando disciplina y/o especialidad, detallando frecuencia semanal de tratamiento, especificando el cronograma de trabajo (días, horarios y lugar de atención). Asimismo, deben figurar los siguientes datos: domicilio, teléfono de contacto, N° de CUIT/CUIL del Profesional, firma y fecha.

4.2.2 Plan de trabajo y/o informe inicial, donde se detalle el estado actual del paciente y las líneas de trabajo a desarrollar durante el período presupuestado.

4.2.3 Fotocopia de DNI, título profesional y de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud, en un todo de acuerdo a la Resolución 444/14. Deberán acreditar la habilitación sanitaria del consultorio y enviar copia de la póliza de Seguro de Responsabilidad Profesional (Seguro de "mala praxis), seguro de accidentes personales con No repetición y copia de la constancia de inscripción ante AFIP. Para otras especialidades como Maestra de apoyo, se deberá adjuntar título habilitante y certificado analítico de materias.

No se autorizarán presupuestos de capacitación, supervisión y/o coordinación.

Una vez presentada la totalidad de la documentación solicitada y citada en este Instructivo, la misma tiene un tiempo de gestión y de evaluación para otorgar la Autorización Asimismo, se notifica que no se liquidarán facturas cuya prestación no haya sido autorizada previamente, por lo cual, queda bajo la responsabilidad de los profesionales y/o instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma.

SERVICIO DE APOYO PARA LA INTEGRACION ESCOLAR: EQUIPO PARA LA INTEGRACION ESCOLAR O MAESTRO DE APOYO.

Para la aprobación de estos módulos de prestación se requiere la presentación de la siguiente documentación:

6.1 Constancia de ALUMNO REGULAR original del Establecimiento Educacional al que asiste el beneficiario, que certifique su condición de alumno regular para el año solicitado; ADJUNTADO: CUE (Código Único de Establecimiento).

6.2 Acta Acuerdo de Integración firmada por la docente integradora, los padres del paciente, y un representante legal de la escuela donde se realice la integración.

6.3 Proyecto de Integración, que comprenda los apoyos que la persona requiere para dar respuesta integral al total de las necesidades evaluadas.

NO SE ACEPTARÁN PROPUESTAS PARCIALES O FRACCIONADAS.

SI LA PROPUESTA NO ES DE UNA INSTITUCIÓN CATEGORIZADA; EL PROFESIONAL O DOCENTE ESPECIALIZADO- DEBEN ACREDITAR FORMACION DE GRADO en PEDAGOGÍA; ADJUNTAR: ANALÍTICO DEL PLAN DE ESTUDIOS.

/ FORMULARIO A1

DATOS TITULAR

APELLIDO/S: _____

NOMBRE/S: _____

CUIL: _____ TIPO Y N°. DE DOCUMENTO: _____

NACIONALIDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO CALLE: _____ NRO: _____

PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PCIA: _____ TELEFONO: _____

SI ES FAMILIAR: COMPLETAR

PARENTESCO: _____

AFILIADO N°: _____

APELLIDO/S: _____

NOMBRE/S: _____

CUIL: _____ TIPO Y N°. DE DOCUMENTO: _____

NACIONALIDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO _____ CALLE:

_____ NRO: _____

PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PCIA: _____ TELEFONO: _____

FORMULARIO: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Paciente: _____

Institución: _____

Tabla de Puntuación de Niveles de Independencia Funcional

7	Independencia Completa	
6	Independencia con adaptaciones	
	Dependencia Parcial	
5	Supervisión	
4	Mínima Asistencia (Sujeto = 75% ó más)	
3	Moderada Asistencia (Sujeto = 50% ó más)	
	Dependencia Completa	
2	Máxima Asistencia (Sujeto = 25% ó más)	
1	Asistencia Total (Sujeto = 0% ó más)	

CUIDADO

PROPIO

Comida

Aseo

A Baño

B Vestimenta parte alta del cuerpo

Vestimenta parte

C baja del cuerpo

D Toilet

CONTROL DE

E **ESFINTER**

F Manejo de Vejiga

Manejo de Intestino

G **MOVILIDAD**

H **Transferencia**

Cama, Silla, Silla de Ruedas

Toilet

I Ducha

J **Locomoción**

K Camina/ Silla de ruedas

Escaleras

L **COMUNICACIÓN**

M Comprensión

Expresión

CONEXIÓN

N **SOCIAL**

O Interacción Social

Resolución de Problemas

P Memoria

TOTAL FIM

**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período Ciclo Lectivo, Desde: _____

Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp						
Esp						
Esp						

Observaciones _____

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____

DNI: _____

Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

**DISCAPACIDAD - TRANSPORTE
DIAGRAMA DE TRASLADOS
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	-------------------

Dependencia (S/N): _____

Monto mensual (\$) _____

Periodo traslados, Desde: _____

Hasta: _____

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones _____

Firma Responsable del Transporte: _____

Aclaración: _____

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____

DNI: _____

Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: Hasta:

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones

_____ Firma Responsable de Institución _____ Aclaración: _____

CONSENTIMIENTO

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

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

_____ Firma Beneficiario o representante: _____ Aclaración: _____
DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Indicar la distribución de las actividades formales (incluyendo sesiones en horas de asistencia semanal y jornada educativa). La misma debe contar con la firma del beneficiario o del tutor en caso de ser menor y del médico tratante.

Lo consignado en el siguiente recuadro debe contemplar la necesidad de tiempos de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requeridos para el apropiado desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa.

NOMBRE Y APELLIDO						
DNI				EDAD		
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
8 HORAS						
9 HORAS						
10 HORAS						
11 HORAS						
12 HORAS						
13 HORAS						
14 HORAS						
15 HORAS						
16 HORAS						
17 HORAS						
18 HORAS						
19 HORAS						
20 HORAS						

Firma Beneficiario / Tutor

Firma, aclaración y sello Médico tratante

Firma, aclaración y sello Coordinador equipo tratante

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente: _____ DNI: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de salud: _____

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc.: _____

Evolución del último año de tratamiento: _____

HOJA 2

Estado Actual: _____

Medicación: _____

Plan terapéutico: _____

Firma y Sello
del profesional tratante

Firma y Sello
del médico auditor