

## SOLICITUD DE COBERTURA DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AÑO 2018

La solicitud de cobertura se realizará en forma personal en RIVADAVIA 1378 – CABA AREA DE DISCAPACIDAD PARA CABA Y GRAN BUENOS AIRES.

DIAS DE ATENCION: LUNES Y JUEVES DE 14 A 18 HS Y LOS MARTES Y MIERCOLES DE 9.30 A 13.30.- (Interior del Pais: realizar trámite en delegación según corresponda)

CONSULTAS POR TELEFONO: AREA DISCAPACIDAD: 4124-8450 INTERNO: 122

CONSULTAS POR E-MAIL: [cleguizamon@osvestido.com.ar](mailto:cleguizamon@osvestido.com.ar)

Los beneficiarios que solicitan mas de una prestación (Ej: escuela – modulos integrales- transporte, etc) deberán presentar TODO EL PLAN DE TRATAMIENTO. No se aceptarán pedidos por separado.

NO SE PUEDE INICIAR/CONTINUAR TRATAMIENTOS SIN LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACION POR LO TANTO NO SE ABONARÁN FACTURAS SIN LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACION PREVIA. TODAS LAS PRESTACIONES VENCEN EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018.- independientemente de cuando se haya comenzado con la misma.

Los tratamientos ambulatorios (EJ: psicología – psicopedagogía – fonoaudiología, etc) se corresponden a MODULOS INTEGRALES DE REHABILITACION de acuerdo a las resoluciones vigentes. Estos pueden ser SIMPLES O INTENSIVOS según la cantidad de sesiones que se soliciten y de las disciplinas intervinientes. Los profesionales deberán encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud sin excepción.

Las Instituciones educativas, asistenciales y de rehabilitación, deberán contar con las habilitaciones y/o categorizaciones correspondientes de los distintos organismos de control. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, Municipales, Ministerio de Salud, Superintendencia de Servicios de Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación. Sin excepción Los prestadores de transporte deberán presentar las habilitaciones correspondientes. Las licencias de conducir de todos los choferes y la póliza de seguro del vehículo. Sin excepción. Las prestaciones se encontrarán cubiertas siempre y cuando el CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD se encuentre vigente. Si el mismo venciese durante el período enero a diciembre de 2018.- para continuar con la cobertura, deberá presentar la constancia de TURNO otorgada. Una vez obtenido el nuevo certificado deberá presentarlo a la OBRA SOCIAL o una constancia de que se encuentra en trámite. Sin excepción El beneficiario que reciba la prestación deberá estar informado en el padrón del ANSES. Sin excepción para lo cual deberá presentar el Comprobante de Empadronamiento CODEM.

Es de suma importancia mantener los datos personales al día. Telefonos de contacto, domicilio, etc.

## DOCUMENTACION PARA SOLICITAR AUTORIZACION

### DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO TITULAR

1. Nota del titular dirigida a Auditoría Médica, solicitando la autorización de las prestaciones. Firma, aclaración, Nº de teléfono y correo electrónico de poseer.
2. Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente
3. Fotocopia de Documento de identidad de la persona que recibe prestación.
4. Fotocopia de los tres últimos recibos o 6 últimos pagos de monotributo.
5. Constancia de alumno regular
6. **CODEM** del beneficiario a recibir la prestación. (constancia de empadronamiento ANSES)

---

Todas las solicitudes deben ser prescriptas por un médico, con especialidad acorde a la patología y la edad de la persona que va a recibir la prestación.

**Deben indicar el tipo de prestación que solicita y el período a cubrir: (EJ; Enero a diciembre de 2018)**

- ESTIMULACION TEMPRANA ( 0 a 4 años) deben indicar Módulo de Estimulación Temprana, indicando la frecuencia semanal (hasta 3 horas semanales)
- ESCOLARIDAD; debe indicar si es Jornada Simple o completa.
- FORMACION LABORAL: indicar si es Jornada Simple o completa
- CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO / CENTRO DE DIA: indicar si es Jornada Simple o Completa.-
- REHABILITACION AMBULATORIA: indicar las disciplinas que intervienen con la frecuencia indicada (EJ; psicología 1 sesión semanal)
- INTEGRACION ESCOLAR (CENTROS): indicar módulo de apoyo a la integración escolar (equipo)
- MAESTRO DE APOYO: indicar maestro de apoyo a la integración escolar y agregar cantidad de horas mensuales.
- TRANSPORTE debe indicar el domicilio de origen y el destino.-

**NOTA:** ADEMÁS DE LAS ORDENES MEDICAS (Recetas) EL MEDICO DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO OBRA SOCIAL "PLAN DE TRATAMIENTO COMPLETO (RESUMEN DE HISTORIA CLINICA)". SI SOLICITA TRANSPORTE, ADEMÁS DE LA ORDEN MEDICA (Receta) DEBERA COMPLETAR EL FORMULARIO "JUSTIFICACION PEDIDO TRANSPORTE"

## PRESTACIONES / DETALLE DE DOCUMENTACION

### INSTITUCIONES EDUCATIVAS: (Escuela especial, Formación laboral, etc)

#### DOC: MEDICA

- 1- Las ordenes médicas deben contener el nombre completo del beneficiario, Obra Social, Número de beneficiario, Prestación indicada, período a cubrir, diagnóstico, fecha, firma y sello del profesional (cuya especialidad debe ser afín a la discapacidad. Ej: Pediatra, Neurólogo Infantil, Psiquiatra Infante Juvenil, etc)
- 2- La misma debe indicarse de **FEBRERO A DICIEMBRE DE 2018.-**
- 3- Debera indicar la JORNADA (simple o Completa)

#### DOC: PRESTADORES

- 1- PRESUPUESTO (conformado en formulario de la Obra social) de febrero a diciembre de 2018
  - a. La fecha del presupuesto debe ser posterior a la indicación medica.
  - b. Deben contar con el cronograma de atención. Días y horarios de los mismos.
  - c. No se autoriza concepto matrícula ya que la misma se encuentra incluida en las 11 cuotas consecutivas según resoluciones vigentes.
- 2- DECLARACION DE CONFORMIDAD: Firmada por el titular de la obra social y el prestador.
- 3- PLAN DE TRATAMIENTO (ANUAL) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- 4- RESERVA DE VACANTE
- 5- DOCUMENTACION HABILITATORIA: Habilitación Municipal, Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación. Inscripción en la AFIP. (todas las fotocopias en A4 y legibles)
- 6- COMPROBANTE DE CBU firmado por el banco.-

## MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION (equipo) – (Maestro de apoyo)

### DOC: MEDICA

- 1- **Para Instituciones categorizadas:** orden medica indicando MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (Equipo) indicar cantidad de horas semanales. indicar período febrero o marzo (según corresponda) a diciembre de 2018- datos completos del beneficiario, diagnóstico, fecha, firma y sello del profesional médico (cuya especialidad debe ser afín a la discapacidad. Ej: Pediatra, Neurólogo Infantil, Psiquiatra Infanto Juvenil, etc)
- 2- **Para maestros de apoyo:** orden médica indicando MAESTRO DE APOYO. indicar cantidad de horas semanales. indicar período marzo a diciembre de 2018.- - datos completos del beneficiario, diagnóstico, fecha, firma y sello del profesional médico (cuya especialidad debe ser afín a la discapacidad. Ej: Pediatra, Neurólogo Infantil, Psiquiatra Infanto Juvenil, etc)

### DOC: PRESTADORES

- 1- PRESUPUESTO (conformado en formulario de la Obra social) de marzo a diciembre de 2018
  - a. La fecha del presupuesto debe ser posterior a la indicación medica.
  - b. Deben contar con el cronograma de atención. Días y horarios de los mismos.
- 2- DECLARACION DE CONFORMIDAD: Firmada por el titular de la obra social y el prestador.
- 3- ACTA ACUERDO
- 4- PLAN DE TRABAJO
- 5- CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR DE ESCUELA COMUN
- 6- DOCUMENTACION HABILITATORIA: **instituciones:** Habilitación Municipal, Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación. Inscripción en la AFIP. (todas las fotocopias en A4 y legibles) **Maestros de apoyo:** Copia de título (Lic. En ciencias de la Educación, Maestro especial, psicopedagogo, etc.) Otras especialidades deberán adjuntar títulos afines a la educación. Analítico.

**NOTA: LOS MAESTROS DE APOYO** que no cuenten con equipo deberán presentar dos veces al año informe de supervisiones. Esto puede darse con profesionales del equipo interdisciplinario que lleven adelante los módulos de rehabilitación u otro que éste contrate.

**INSTITUCIONES ASISTENCIALES:**  
**CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO / CENTRO DE DIA / HOGAR**

**DOC: MEDICA**

- 3- orden medica indicando según corresponda: CENTRO DE DIA, CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO, HOGAR (en este último caso especificar si es permanente y con que dispositivo acompaña CET, Ctro de día, etc) datos completos del beneficiario, fecha firma y sello del profesional médico (cuya especialidad debe ser afín a la discapacidad. Ej: Pediatra, Neurólogo Infantil, Psiquiatra Infante Juvenil, etc)
- 4- INDICAR JORNADA SIMPLE O COMPLETA
- 5- INDICAR CON DEPENDENCIA de corresponder (éste debe estar acompañado de escala FIM)
- 6- Indicar período ENERO A DICIEMBRE DE 2018.-
- 7- PLANILLA ESCALA FIM completa (en caso de dependencia) valorizando el puntaje en forma individual y total.

**DOC: PRESTADORES**

- 1- PRESUPUESTO (conformado en formulario de la Obra social) de enero a diciembre de 2018
  - a. La fecha del presupuesto debe ser posterior a la indicación medica.
  - b. Deben contar con el cronograma de atención. Días y horarios de los mismos.
- 2- DECLARACION DE CONFORMIDAD: Firmada por el titular de la obra social y el prestador.
- 3- PLANIFICACION Y OBJETIVOS. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.
- 4- RESERVA DE VACANTE
- 5- INFORME SOCIAL (solo para hogares)
- 6- DOCUMENTACION HABILITATORIA: Habilitación Municipal, Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación. Inscripción en la AFIP. (todas las fotocopias en A4 y legibles)
- 7- En caso de facturar dependencia, deberá adjuntar ESCALA FIM conformada por profesional de la institución.

**NOTA:** recordar que dentro de los dispositivos de jornada completa (CET/CTRO DE DIA) se encuentran incluidas hasta 3 prestaciones individuales y en Jornadas simples 2 prestaciones individuales. En el caso de ser brindadas, las mismas deberán ser informadas con días y horarios de atención, debiendo ser a contra turno.

## MODULOS DE REHABILITACION (SIMPLE-INTENSIVO) / PRESTACIÓN DE APOYO

### DOC: MEDICA

- 1- orden medica indicando las prestaciones solicitadas (Ej: Psicología / Fonoaudiología / Psicopedagogia, etc) completar los datos completos del beneficiario, fecha firma y sello del profesional médico (cuya especialidad debe ser afín a la discapacidad. Ej: Pediatra, Neurólogo Infantil, Psiquiatra Infante Juvenil, etc)
- 2- INDICAR LA FRECUENCIA SEMANAL de cada prestación.
- 3- Indicar período a cubrir, teniendo en cuenta que los mismos son hasta diciembre de 2018.- (Ej: enero a diciembre de 2018.- marzo a diciembre de 2018.- etc)

### DOC: PRESTADORES

- 1- PRESUPUESTO (conformado en formulario de la obra social)
  - a. La fecha del presupuesto debe ser posterior a la indicación medica.
  - b. Deben contar con el cronograma de atención. Días y horarios de los mismos.
- 2- DECLARACION DE CONFORMIDAD: Firmada por el titular de la obra social y el prestador.
- 3- PLANIFICACION Y OBJETIVOS. CRONOGRAMA DE ATENCION
- 4- En caso de ser INSTITUCIONES CATEGORIZADAS: presentar el cronograma de atención según el módulo a solicitar, mencionando todas las prestaciones, cantidad de sesiones y días y horarios.
- 5- DOCUMENTACION HABILITATORIA: **Instituciones:** habilitación Municipal, categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación, nomina de profesionales, carpeta institucional, constancia de AFIP todo en copias A4 legibles. **Profesionales:** Copia de título profesional y especialidad (de corresponder) **Registro Nacional de prestadores SIN EXCEPCION**, constancia de AFIP, ultimo pago de monotributo. Todas las copias firmadas en original, en A4 y legibles.

**NOTA:** la prestación de apoyo es única y la misma no podrá exceder las 6 horas semanales. Cuando interviene más de una disciplina ingresa en un módulo de rehabilitación simple o intensivo dependiendo de la cantidad de sesiones semanales y de cantidad de disciplinas intervinientes. Los valores de las prestaciones ambulatorias en rehabilitación que no sean brindados por Instituciones categorizadas, sino por profesionales individuales, *se ajustaran a los valores de módulos establecidos según resoluciones vigentes* para dichos centros

## MODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA (de 0 a 4 años)

### DOC: MEDICA

- 4- orden medica indicando la prestacion solicitada ESITIMULACION TEMPRANA, completar los datos completos del beneficiario, fecha firma y sello del profesional médico (cuya especialidad debe ser afín a la discapacidad. Ej: Pediatra, Neurólogo Infantil, Psiquiatra Infanto Juvenil, etc)
- 5- Indicar PERIODO A CUBRIR, teniendo en cuenta que los mismos son hasta diciembre de 2018.- (Ej: enero a diciembre de 2018.- marzo a diciembre de 2018.- etc)

### DOC: PRESTADORES

- 1- PRESUPUESTO (conformado en formulario de la obra social)
  - a. La fecha del presupuesto debe ser posterior a la indicación medica.
  - b. Deben contar con el cronograma de atención. Días y horarios de los mismos, indicando las disciplinas intervinientes.
- 2- DECLARACION DE CONFORMIDAD: Firmada por el titular de la obra social y el prestador.
- 3- PLANIFICACION Y OBJETIVOS
- 4- DOCUMENTACION HABILITATORIA: habilitación Municipal, categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación, nomina de profesionales, carpeta institucional, constancia de AFIP todo en copias A4 legibles.

**NOTA:** El módulo de Estimulación Temprana, debe ser brindado por INSTITUCIONES CATEGORIZADAS en el Servicio Nacional de Rehabilitación, según las normas vigentes. Sin Excepción

## TRANSPORTE

### DOC: MEDICA

- 1- Orden médica indicando TRANSPORTE ESPECIAL desde (indicar domicilio de origen) hasta (indicar domicilio de destino y dispositivo) Ej: transporte especial desde Rivadavia 1378 hasta Rivadavia 1378 escuela especial.
- 2- INDICAR CON DEPENDENCIA de corresponder
- 3- INDICAR Periodo a cubrir, entendiendo que el mismo es hasta diciembre de 2018.- (EJ: enero a diciembre, marzo a diciembre, junio a diciembre de 2018.-)
- 6- Completar todos los datos del beneficiario, fecha, firma y sello de profesional (cuya especialidad debe ser afín a la discapacidad. Ej: Pediatra, Neurólogo Infantil, Psiquiatra Infante Juvenil, etc)
- 7- PLANILLA JUSTIFICACION PEDIDO DE TRANSPORTE: donde fundamentará los motivos del pedido, indicando porque no puede movilizarse en transporte publico, indicando los horarios de las actividades de la familia.
- 8- ESCALA FIM: donde valorizará el puntaje en forma individual y total.

### DOC: PRESTADORES

- 1- PRESUPUESTO: completado en formulario de la obra social
- 2- DECLARACION DE CONFORMIDAD. Firmada por titular y transportista
- 3- COPIA de Poliza de seguro vigente (toda vez que se venza deberá presentar la nueva para la renovación automática de la autorización)
- 4- COPIA de carnet de conducir, de el/los choferes que trasladarán al beneficiario.
- 5- RECORRIDO IMPRESO EN MAPA. (EJ: Google maps, u otra aplicación)
- 6- HABILITACION de REMISERIA y/o CAMIONETAS para el traslado de personas con discapacidad. De corresponder.

**DEPENDENCIA:** se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad, requiere asistencia completa o supervisión constante para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como higiene, vestido, alimentación o deambulacion, conforme al indice de independencia funcional. Los niños menores deberán ser acompañados siempre por un adulto durante el traslado, por lo cual no se considera dependiente.