

Instructivo | Discapacidad

Generalidades

Índice

1. [Gestión de Discapacidad](#)
2. [Curso administrativo](#)
3. [Normativas generales](#)
4. [Cambio de prestador](#)
5. [Cambios prestacionales](#)
6. [Documentación general del beneficiario](#)
7. [Anexo1](#)
8. [Anexo2](#)
9. [Anexo3](#)
10. [Anexo11](#)

1.

GESTIÓN DE DISCAPACIDAD | Contactos del equipo interdisciplinario

Teléfonos directos: (011) 5199-6262 / (011) 5199-7673.

Línea WhatsApp: +54 911 3244-3021.

Correo electrónico: discapacidad@ospedyc.org.ar

Horario de atención: lunes a viernes de 11 a 17 H.

Instructivo para cobertura de prestaciones del sistema básico para personas con Discapacidad – Año 2022

2. CURSO ADMINISTRATIVO DEL LEGAJO

La presentación de la documentación para solicitar la cobertura de las prestaciones de Discapacidad deberá realizarse vía correo electrónico (discapacidad@ospedyc.org.ar).

Una vez recibido el expediente por el Sector Gestión de Discapacidad, el personal administrativo procederá a:

1. Chequear que la documentación solicitada esté completa y que cumpla las normativas vigentes. En caso de que la documentación presente irregularidades o faltantes, el expediente quedará en estado de PENDIENTE, informando esto a la Seccional y al beneficiario/a correspondiente, con el fin de cumplimentar lo requerido por el sector.
2. Evaluación por parte de la Auditoría en Discapacidad, quien lo analizará, modulará y autorizará según corresponda dentro de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
 - En caso de ser necesario **el Equipo de Auditoría podrá citar a los padres del beneficiario para realizar una evaluación particular e integral. No se autorizarán tratamientos sin cumplir con la entrevista previa cuando así sea indicado.**
3. Las solicitudes de tratamiento que se cursen por cobertura de prestaciones de Discapacidad caducan cada 31 de Diciembre del año en que fueron solicitados, debiendo ser cumplimentado nuevamente el INSTRUCTIVO VIGENTE para la renovación del tratamiento del próximo año. **Por lo expuesto, es que las prestaciones NO son de renovación automática.**

3. NORMATIVAS GENERALES – IMPORTANTE

Toda documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSPEDYC se encuentra sujeta a rectificación/modificación de acuerdo con eventuales disposiciones emanadas de Normativas vigentes.

PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DEL TRÁMITE POR DISCAPACIDAD

La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 días previos al inicio de la prestación requerida, dado que es el tiempo estimado del análisis y posterior autorización de las prestaciones solicitadas.

Ante:

- Solicitudes de tratamiento por primera vez.
- Renovaciones.
- Cambios de tratamientos.

OSPEDYC se reserva el derecho de solicitar que realicen una entrevista con **el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad con la finalidad de evaluar al beneficiario/a.**

- Sólo pueden iniciarse trámites por Prestaciones del Sistema Básico de Discapacidad a partir del año de edad. Antes de cumplir el año de edad, la cobertura será brindada a través del Plan Materno Infantil (PMI).
- No se autorizarán prestaciones con fecha anterior a la de emisión del certificado de Discapacidad.
- Las prestaciones de apoyo sólo serán reconocidas como complemento de una prestación principal educativa o de rehabilitación con la constancia pertinente que acredite tal condición.
- El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en el módulo de rehabilitación ambulatoria es entre 45-60 minutos.
- Se considerará 1 (una) sesión por cada día de asistencia, sin excepción.

4. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con cobertura por discapacidad ya otorgado, se deberá remitir, al momento de producirse la novedad:

Nota del beneficiario/a titular solicitando dicho cambio (**Anexo 10**)

- ✓ Fecha y motivo de baja del tratamiento.
- ✓ Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- ✓ Firma, aclaración y número de documento del titular

Documentación a presentar por el nuevo prestador: presupuesto, consentimiento, nuevo proyecto de trabajo con objetivos, acta acuerdo, título habilitante, inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o categorización de la institución, etc. (según corresponda a la modalidad).

5. CAMBIOS PRESTACIONALES

- ✓ Abandono del tratamiento: nota del beneficiario/a titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.
- ✓ En caso de incorporación de un nuevo tratamiento o cambio en la frecuencia del mismo, se solicita un Resumen de Historia Clínica justificando dicho cambio, pedido médico y Anexo 7.
- ✓ Cambio del recorrido de transporte por cambio de domicilio: se deberá presentar nota de padre/madre/tutor indicando el nuevo domicilio y la fecha exacta del cambio de recorrido, Anexo VI C, Anexo VIII y Google maps.
- ✓ **Todo pedido de ampliación/modificación del tratamiento, cambio de prestador, etc. quedará sujeto a la reevaluación integral del conjunto de las prestaciones solicitadas, por parte del Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.**

IMPORTANTE

La Obra Social efectuará las auditorías que considere necesarias a efectos de constatar la real y efectiva prestación recibida por el/la afiliado/a. En caso que OSPEDYC tome conocimiento de que se han facturado prestaciones y/o servicios que no han sido recibidos por el/la afiliado/a, se realizarán las pertinentes denuncias ante los organismos de control, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que pudieren corresponder. El prestador infractor, los familiares del paciente y terceros involucrados en la conducta ilegal, serán responsables por los daños y perjuicios ocasionados.

No se autorizarán prestaciones retroactivas a la fecha de envío del legajo COMPLETO, ya que según Resolución 276/18-SSS, Decreto 904/2016 PEN - Sistema de Integración -, el sistema no permite la facturación de más de 2 periodos prestacionales.

6. DOCUMENTACIÓN GENERAL DEL BENEFICIARIO/A

1. Formulario de datos generales (**Anexo 1**).
2. Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente.
3. Resumen de historia clínica (**Anexo 2**)
4. Fotocopia del DNI del titular y del paciente (frente y dorso).
5. Fotocopia de Constancia de CUIL del titular y del beneficiario/a.
6. Constancia de Alumno Regular original de la escuela a la que asiste, indicando turno y grado en el que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela, domicilio y teléfono. El mismo debe incluir el CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos.
7. En caso de que el/la paciente se encuentre en edad escolar (entre 3 y 20 años) y que no reciba ninguna modalidad educativa, se deberá completar la nota por no escolarización (**Anexo 3**).
8. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor. Conforme (**Anexo 11**).
9. Cronograma de horarios semanal del beneficiario/a (**Ver Anexo 5**). Deberá ser completado y firmado por el/la afiliado/a titular donde detalle todos los tratamientos que realice el/la paciente.

ANEXO 1

Seccional:	Fecha: / /
Período	
Desde:	Hasta
Datos del paciente	
Afiliado/a N°:	
Apellido/s:	
Nombre/s:	
C.U.I.L.:	Tipo y N° de documento:
Nacionalidad:	
Fecha de nacimiento: / /	
Sexo:	Estado civil:
Domicilio actual:	
C.P.:	Localidad:
Provincia:	
Datos del padre/madre/tutor	
Afiliado/a N°:	
Apellido/s:	
Nombre/s:	
Teléfono celular:	Teléfono particular:
Correo electrónico:	
Datos del empleador	
Inicio de la relación laboral: / /	
Razón social:	C.U.I.T.:
Calle:	Número:
Piso:	Depto:
C.P.:	Localidad:
Provincia:	
Teléfono:	Referente:
Firma del titular:	Verificó por OSPEDYC:

ANEXO 2
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Resumen de Historia Clínica	
(Datos a completar por el Médico de Cabecera/Tratante lo más completa y clara posible)	
Apellido y Nombre:	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Sexo:	DNI:
Antecedentes y Datos positivos del examen clínico:	
Diagnóstico / Capacidad funcional (sensorial, mental, motora):	
Evolución del paciente en el último año:	
En relación a	Dependiente:
Alimentación/Vestido/Limpieza	Auto válido:
Firma y Sello del profesional Médico tratante	

ANEXO 3

NOTA POR LA NO ESCOLARIZACIÓN

Buenos Aires, ____ de _____ de 2022

Por medio de la presente, informo que mi hijo/a

_____, no se encuentra
escolarizado ni concurre a un dispositivo terapéutico por (*)

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración

DNI

Parentesco

(*) Informar motivo claramente

ANEXO 5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						
Hora	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
7:00						
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración

DNI

Parentesco

ANEXO 11
CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

Número de afiliado/a: _____

Yo _____ con documento tipo (____) N° _____, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma

Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración

Documento

