



Instructivo de Discapacidad 2019

Por medio de la presente la Obra Social **O.S.E.T.y.A** le informa la documentación obligatoria a presentarse para la gestión del legajo de discapacidad del afiliado para la consecuente cobertura de las prestaciones.

Documentación Personal del afiliado

-) Certificado de discapacidad **VIGENTE.** (fotocopia)
-) DNI del afiliado a recibir prestaciones. (fotocopia)
-) DNI del titular de la Obra Social. (fotocopia)
-) Ultimo recibo de haberes (fotocopia). De ser monotributista se deberán presentar los últimos 6 comprobantes de pago del mismo. (fotocopia)
-) Tabla FIM (anexo I)
-) Carnet de afiliación del titular de la Obra Social **VIGENTE.** (fotocopia)
-) Carnet de afiliación del afiliado a recibir prestaciones **VIGENTE.** (fotocopia)
-) Formulario de actualización de datos personales (anexo II)
-) Resumen de Historia clínica (en el cual debe constar seguimiento de prestaciones, estudios realizados, medicación y patología).
-) Constancia de alumno regular.



Documentación de la prestación solicitada

-) Prescripción médica. (anexo III)

Documentación del Prestador

-) Presupuesto del profesional (anexo IV).
-) Plan de tratamiento.
-) Cronograma de días y horarios.
-) Fotocopia de Disposición de Inscripción completa y **Certificado de Inscripción del prestador** en el “Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud” (**RNP**). De ser Instituciones, Centros y/o Escuelas deberán presentar fotocopia de **Constancia de Inclusión** en el “Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad del Servicio Nacional de Rehabilitación” (decreto 0093/98) en la que conste razón social de la institución, domicilio del establecimiento y categoría. **VIGENTE**
-) Conformidad de prestación firmada por los profesionales y los afiliados titulares. (anexo V)
-) De ser un servicio de transporte asimismo se deberá presentar seguro del vehículo, póliza, habilitación y documento y licencia del conductor.
-) De ser un profesional que brinde terapias asimismo deberá presentar:
 - Constancia de Inscripción AFIP.
 - Constancia de categorización AFIP.
 - Título profesional.



- DNI.
- Matrícula.
- Seguro de mala praxis.

Consideraciones generales obligatorias

-) Será de suma importancia que la prescripción médica, el presupuesto, la conformidad de los profesionales y la factura COINCIDAN. Si las mismas no coinciden el presupuesto y/o factura serán pasibles de rechazo.
-) Las prestaciones solicitadas serán evaluadas y controladas por el equipo interdisciplinario para su aprobación.
-) Se podrá comenzar a brindar dicha prestación **SOLO** si se presentó toda la documentación pertinente y se aprobó el presupuesto.
-) **Plazo de entrega y presentación:** A partir del mes de noviembre del 2018 se deberá entregar toda la documentación de las prestaciones que comiencen en el mes enero 2019. Para las prestaciones que comiencen en el mes de marzo, como por ejemplo las escuelas, el plazo se extiende hasta finales de febrero.
-) Sólo se admitirá un cambio de prestador por año.
-) LAS PRESTACIONES DE REHABILITACION DEBEN SER PRESENTADAS TODAS JUNTAS PARA SER ANALIZADAS Y APROBADAS EN CONJUNTO.



ANEXO I

-Tabla FIM-

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES
NUMERO DE REGISTRO 12.110-1



B.QUINQUELA MARTIN 1738

C.A.B.A.

(1271)

TEL: 4301-4175 AL 78

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y Nombre:	
DNI:	Nro. Afiliado:
Diagnóstico:	
Edad:	
Institución:	
Fecha de ingreso a la institución:	
Modalidad:	

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCAUIDADO	
1	1 AUMENTACIÓN	
2	2 ASEO PERSONAL	
3	3 BAÑO	
4	4 VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	5 VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	6 USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFÍNTERES	
7	7 CONTROL DE INTESTINOS	
8	8 CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	9 TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	10 TRASFERENCIAALBAÑO	
11	11 TRASFERENCIAALADUCHAO BAÑERA	
	LOCOMOCIÓN	
12	12 MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	13 ESCALERAS	
	COMUNICACIÓN	
14	14 COMPRESIÓN	
15	15 EXPRESIÓN	
	CONEXIÓN	
16	16 INTERACCIÓN SOCIAL	
17	17 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	18 MEMORIA	
	PUNTAJE FIM TOTAL	

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

NUMERO DE REGISTRO 12.110-1



B.QUINQUELA MARTIN 1738

C.A.B.A.

(1271)

TEL: 4301-4175 AL 78

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	6
Independiente con adaptaciones.	7

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

Deberá se completada por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes



ANEXO II

-Formulario de actualización de datos personales-



Datos Personales

-) Apellido y nombre del titular: _____
-) Apellido y nombre del beneficiario discapacitado: _____
-) Parentesco con el titular: _____
-) DNI del beneficiario discapacitado: _____
-) Número de afiliado: _____
-) Categoría de afiliación: Sindical y Social / Sólo Obra Social / Optante /
Monotributo (tache lo que no corresponda).
-) Domicilio: _____
-) Teléfono particular fijo: _____
-) Teléfono laboral: _____
-) Celular: _____
-) E-mail: _____



ANEXO III

-Prescripción médica-



PRESCRIPCION MÉDICA

Debe contener:

-) Apellido y nombre del afiliado.
-) Nº de afiliado y DNI.
-) Prestación solicitada (nombre de la prestación)
 - Si la prestación es una terapia debe especificar cantidad de sesiones por semana.
 - Si la prestación es transporte debe decir: "Se solicita transporte a colegio y/o terapias." (no indicar domicilio de origen y destino del traslado ni nombre del establecimiento al que concurre el afiliado).
 - Si la prestación es un Colegio o Centro debe especificar tipo de Jornada (simple o doble), y no debe aparecer el nombre del Colegio.
 - En caso de solicitarse **DEPENDENCIA** debe indicarse en la orden médica.
-) Período: Mes de inicio y finalización de la prestación. (Ejemplo: Enero – Diciembre 2019 / Marzo – Diciembre 2019).
-) Diagnóstico.
-) Firma y sello del médico solicitante.

Siempre la prescripción médica debe estar confeccionada con anterioridad al inicio de la realización de la prestación (por ejemplo: si la prestación se realizará de febrero a diciembre, la prescripción médica debe ser del mes de enero).



Modelo de Prescripción médica

R/P

Álvarez Mónica

Nº de afiliado: 111111/02

DNI: 29.000.000

Solicito Centro Educativo Terapéutico Jornada
Simple con Dependencia.

Período: Enero a Diciembre Del año 2019.

Dx: Retraso mental.

Firma y sello del médico tratante.

Fecha (ejemplo 01/12/2018).



ANEXO IV

-Presupuesto-



PRESUPUESTO DE LA PRESTACION

Debe contener:

-) Apellido y Nombre del afiliado.
-) Nº de afiliado y DNI.
-) Nombre de la Prestación a realizar (DEBE COINCIDIR CON LA PRESCRIPCION MEDICA)
 - Si es **transporte**: debe indicar domicilio de origen, domicilio de destino, cantidad de kilómetros recorridos diarios, cantidad de kilómetros recorridos por mes, valor unitario del kilómetro según última resolución, valor total del mes y cantidad de viajes.
VALE ACLARAR QUE LA OBRA SOCIAL CUENTA CON UN SERVICIO DE TRANSPORTE, "PREPASA", PARA CAPITAL Y GRAN BUENOS AIRES Y QUE LOS BENEFICIARIOS DEBERAN SIN EXCEPCION UTILIZARLO.
 - Si es **terapia**: debe indicar cantidad de sesiones por semana, cantidad de sesiones totales por mes, valor por sesión según última resolución, valor total por mes.
 - Si es **colegio**: debe especificar tipo de jornada, valor por mes y categoría de la Institución.
 - En caso de requerir **DEPENDENCIA** (determinada por la tabla FIM) debe indicarse en el presupuesto.
-) Período: Mes de inicio y finalización de la prestación. (Ejemplo: Enero – Diciembre 2019 / Marzo – Diciembre 2019).
-) **Domicilio dónde se otorgará la prestación.**
-) **Días y horarios de la prestación.**
-) Datos Personales del profesional, a saber: Apellido y nombre completo, CUIT/CUIL, teléfono de contacto y mail.
-) Firma y sello del profesional.

Los valores de las prestaciones siempre deben estar sujetos a los aranceles establecidos por la "Superintendencia de Servicios de Salud".



ANEXO V

-Conformidad de Prestación-

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

NUMERO DE REGISTRO 12.110-1



B.QUINQUELA MARTIN 1738

C.A.B.A.

(1271)

TEL: 4301-4175 AL 78

Conformidad de Tratamiento y/o Práctica

En la ciudad de _____, a los _____ días del
mes de _____ del año _____, quien

suscribe: _____, acreditando identidad con

DNI/LE/CI nº _____, afiliado a la Obra Social

_____, por el presente presta su conformidad del tratamiento y/o

práctica : _____

A favor del beneficiario: _____, nº de afiliado:

_____, correspondiente al período: _____.

Firma y sello **PRESTADOR**

Aclaración **PRESTADOR**

Firma del **TITULAR**

Aclaración del **TITULAR**



Conformidad Para INSTITUCIONES

**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): _____

Matrícula (S): _____ Monto mensual (S): _____ Categoría: _____

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

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

Observaciones

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES
NUMERO DE REGISTRO 12.110-1



B.QUINQUELA MARTIN 1738 C.A.B.A. (1271) TEL: 4301-4175 AL 78

Conformidad para Terapias

**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 (\$)

Periodo 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: _____



Conformidad para TRANSPORTE

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 (\$) _____

Período 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: _____



Requisitos de Facturación

Estimado Prestador

Por medio de la presente le informamos las Normas de Facturación según las nuevas normativas de DISCAPACIDAD de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Dichas Facturas deben estar confeccionadas a nombre de: **O.S.E.T.Y.A.**, deben contener N° de **CUIT 33-63368181-9** de nuestro establecimiento, domicilio **Av. Montes de Oca 1437 C.A.B.A.**, condición IVA: **EXENTO**.

Que se debe detallar en el cuerpo de las facturas:

PROFESIONALES (Terapias)

-) Debe aclarar **NOMBRE COMPLETO Y DNI** del beneficiario al cual se le brinda la prestación.
-) **NOMBRE DE LA TERAPIA** brindada (si es psicología, psicopedagogía, kinesiología, etc.).
-) Cantidad de sesiones **SEMANALES**.
-) Cantidad de sesiones **MENSUALES**.
-) **VALOR UNITARIO** de la sesión diaria.
-) **MONTO TOTAL** de las sesiones mensuales.
-) **MES** correspondiente de prestación.
-) **Adjuntar** a la factura:



- ✓ Planilla de asistencia firmada por el beneficiario titular y el profesional (junto con el sello del profesional)-(anexo VI)-
- ✓ Constancia de emisión de comprobante →

<https://serviciosweb.afip.gov.ar/genericos/comprobantes/default.aspx>

INSTITUCIONES EDUCATIVAS

-) Debe aclarar **NOMBRE COMPLETO Y DNI** del beneficiario al cual se le brinda la prestación.
-) **NOMBRE** de la **PRESTACIÓN** brindada (es decir, si es escuela, módulo de apoyo a la integración, formación laboral, módulo maestra de apoyo, etc).
-) Detallar **TIPO** de **JORNADA** (de corresponder).
-) Detallar **CATEGORIA** de la Institución (de corresponder).
-) Detallar si requiere dependencia **“CON O SIN DEPENDENCIA”**
-) **MES** correspondiente de la prestación.
-) **VALOR TOTAL** de la prestación.
-) **Adjuntar** a la factura sin excepción:
 - ✓ Planilla de asistencia firmada por el beneficiario y la Institución (sello de la misma).
 - ✓ Certificado de alumno regular. Si la prestación es “Módulo Maestra de Apoyo” o “Módulo de Apoyo a la Integración” el Certificado de Alumno Regular debe estar emitido por la Escuela a la que asisten y no por el prestador.
 - ✓ Constancia de emisión de comprobante →



<https://serviciosweb.afip.gob.ar/genericos/comprobantes/default.aspx>

CENTROS DE REHABILITACION INTEGRAL

-) Debe aclarar **NOMBRE COMPLETO Y DNI** del beneficiario al cual se le brinda la prestación.
-) **NOMBRE** de la **PRESTACIÓN** brindada, es decir “**Módulo de Rehabilitación Integral**”.
-) Detallar tipo **SIMPLE** o **INTENSIVO**.
-) **NOMBRE Y CANTIDAD** de terapias brindadas por semana. (ejemplo: fonoaudiología 2 veces por semana, psicología 1 vez por semana, etc.)
-) **MES** correspondiente de la prestación.
-) **VALOR TOTAL** de la prestación.
-) **Adjuntar** a la factura:
 - ✓ Planilla de asistencia firmada por el beneficiario y la Institución (sello de la misma).
 - ✓ Constancia de emisión de comprobante →

<https://serviciosweb.afip.gob.ar/genericos/comprobantes/default.aspx>

TRANSPORTE

-) Debe aclarar **NOMBRE COMPLETO Y DNI** del beneficiario al cual se le brinda la prestación.
-) **DOMICILIO DE ORIGEN y DESTINO** de los viajes.



-) **CANTIDAD DE VIAJES MENSUALES** (y/o días de traslado)
-) **CANTIDAD** de **KILOMETROS DIARIOS**.
-) **CANTIDAD** de **KILOMETROS MENSUALES**.
-) **MES** CORRESPONDIENTE DE PRESTACION.
-) Detallar **DEPENDENCIA** (de corresponder).
-) **VALOR** del **KILOMETRO**.
-) **MONTO TOTAL**.
-) **ADJUNTAR** a la factura:
 - ✓ Planilla de asistencia firmada por el beneficiario. (anexo VII)
 - ✓ Constancia de Alumno Regular si el traslado es a una Institución Educativa.
 - ✓ Constancia de emisión de comprobante →

<https://serviciosweb.afip.gob.ar/genericos/comprobantes/default.aspx>

Consideraciones generales obligatorias:

- ✓ **El plazo de entrega de facturas es del primer al décimo día hábil del mes.** De entregarse fuera de dicho plazo se considera fuera de término y no se incluirá en el presupuesto de ese mes. Cabe aclarar que con la implementación del Mecanismo de Integración la entrega fuera de término de las facturas puede llevar a que no se cargue el expediente completo del afiliado (todas las facturas de los diferentes prestadores del mismo beneficiario) a la Superintendencia de Servicios de Salud. Lo antes mencionado ocasiona que no se pueda abonar a los demás profesionales y/o instituciones que tal vez hayan entregado sus facturas en tiempo y forma como



corresponde.

- ✓ **Se debe facturar a mes vencido**, es decir, una vez que la prestación ya se brindó.
- ✓ **Las facturas ELECTRONICAS y/o IMPRESAS deben estar firmadas y selladas por el profesional.**
- ✓ **No se aceptan facturas tachadas, enmendadas, borradas ni con cambio de tinta.**
- ✓ **No se aceptan facturas "A".**

**DE NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS SE DEBITARA EL
TOTAL DE LO FACTURADO.**



Recibos Cancelatorios de Pagos



Se notifica a los señores prestadores que conforme a **la Resolución 887-E/2017 (...“documentación contable”)** de la Superintendencia de Servicios de Salud todos los prestadores de discapacidad deben presentar obligatoriamente un recibo cancelatorio de pago una vez liquidado el importe de la factura de la prestación brindada a los beneficiarios. A continuación se detalla de forma textual lo exigido por dicho ente regulador:

✓ “Recibo emitido por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido al Agente de Salud¹ y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:”

1. Fecha.
2. Número completo de factura que cancela.
3. En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
4. Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
5. Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
6. Total del recibo. Verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
7. Firma y aclaración del prestador o su representante.



- ✓ *Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por débitos se deberá adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello de Contador y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.*

- ✓ *Cuando se efectúen retenciones de impuestos se deberá adjuntar copia de los comprobantes de retención.*



ANEXO VI

-Planilla de asistencia-



Planilla de Asistencia

-) Nombre y Apellido del Afiliado: _____
-) Nº de afiliado: _____
-) Prestación: _____
-) Correspondiente al Mes de: _____

FECHA	FIRMA DEL PADRE Y/O MADRE

Firma y sello del profesional: _____



ANEXO VII

-Planilla de asistencia de
transporte-

