



Instructivo de Discapacidad 2018

Por medio de la presente la Obra Social **O.S.E.T.y.A** le informa la documentación obligatoria a presentar por el beneficiario 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 diciembre del 2017 se deberá entregar toda la documentación de las prestaciones que comiencen en el mes subsiguiente. 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.



ANEXO I

-Tabla FIM-

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

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

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
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	

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 catejados con Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoria Médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de Auditoria 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/o 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.
- Período: Mes de inicio y finalización de la prestación. (Ejemplo: Enero – Diciembre 2018 / Marzo – Diciembre 2018).
- 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.

Período: Enero a Diciembre Del año 2018.

Dx: Retraso mental.

Firma y sello del médico tratante.

Fecha (ejemplo 01/12/2017).



ANEXO IV

-Presupuesto-



PRESUPUESTO DE LA PRESTACION

Debe contener:

- Apellido y Nombre del afiliado.
- Nº de afiliado.
- 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, matrícula, valor por mes y categoría de la Institución.
- Período: Mes de inicio y finalización de la prestación. (Ejemplo: Enero – Diciembre 2018 / Marzo – Diciembre 2018).
- Domicilio dónde se otorgará 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-



CONFORMIDAD DE PRESTACION

Debe contener:

- Nombre y Apellido: del Afiliado titular y del Afiliado a recibir prestaciones.
- Prestación brindada (**DEBE COINCIDIR CON EL NOMBRE DE LA PRESTACION QUE APARECE EN LA PRESCRIPCION MEDICA**)
- Período de la prestación: Mes de inicio y finalización de la prestación. (Ejemplo: Enero – Diciembre 2018 / Marzo – Diciembre 2018).
- Firma y sello del profesional (sello con la Matrícula del mismo)
- Firma y aclaración de los padres.

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 aclaración **PRESTADOR 1**

Firma y aclaración **PRESTADOR 2**

Firma y aclaración **PRESTADOR 3**

Firma y aclaración **PRESTADOR 4**

Firma y aclaración **PRESTADOR 5**

Firma y aclaración **PRESTADOR 6**

Firma y aclaración del **TITULAR**

Firma y aclaración del **BENEFICIARIO**



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 **QUINQUELA MARTIN 1738 C.A.B.A.**, condición IVA: **EXENTO**.

PROFESIONALES (Terapias)

- Debe aclarar NOMBRE Y NUMERO DE AFILIADO del beneficiario al cual se le brinda la prestación.
- VALOR UNITARIO de la sesión diaria.
- Cantidad de sesiones SEMANALES.
- Cantidad de sesiones MENSUALES.
- MONTO TOTAL de las sesiones mensuales.
- MES correspondiente de prestación.
- Planilla de asistencia firmada por el beneficiario y el profesional (junto con el sello del profesional). (anexo VI)
- Certificado de alumno regular firmado por el establecimiento.



INSTITUCIONES EDUCATIVAS

- Debe aclarar NOMBRE Y NUMERO DE AFILIADO 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.
- Detallar CATEGORIA de la Institución.
- VALOR TOTAL de la prestación.
- MES correspondiente de la prestación.
- 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.

CENTROS DE REHABILITACION INTEGRAL

- Debe aclarar NOMBRE Y NUMERO DE AFILIADO del beneficiario al cual se le brinda la prestación.
- NOMBRE de la PRESTACIÓN brindada, es decir “Módulo de Rehabilitación Integral”.
- Detallar tipo SIMPLE o COMPLEJA.
- CANTIDAD y NOMBRE de terapias brindadas por semana. (ejemplo: fonoaudiología 2 veces por semana, psicología 1 vez por semana, etc..)
- VALOR TOTAL de la prestación.
- MES correspondiente de la prestación.



- Planilla de asistencia firmada por el beneficiario y la Institución (sello de la misma).
- Certificado de alumno regular.

TRANSPORTE

- Debe aclarar NOMBRE Y NUMERO DE AFILIADO del beneficiario al cual se le brinda la prestación.
- DOMICILIO DE ORIGEN y DESTINO de los viajes.
- VALOR del KILOMETRO.
- CANTIDAD y VALOR de kilómetros DIARIOS
- CANTIDAD y VALOR de kilómetros MENSUALES
- CANTIDAD de VIAJES.
- MES CORRESPONDIENTE DE PRESTACION
- Planilla de asistencia firmada por el beneficiario. (anexo VII)

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.
- ✓ **Se debe facturar a mes vencido.**
- ✓ **Las facturas ELECTRONICAS y/o IMPRESAS deben estar firmadas y selladas por el profesional.**
- ✓ **Las facturas "B" SIEMPRE deben presentar RECIBO de lo cobrado el mes anterior.**



-
- ✓ No se aceptan facturas tachadas, enmendadas, borradas ni con cambio de tinta.
 - ✓ No se aceptan facturas "A".
 - ✓ Junto con la factura SIEMPRE se debe adjuntar la fotocopia del presupuesto autorizado.

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



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-