

INTEGRACIÓN

INSTRUCTIVO FUNCIONAL DE DISCAPACIDAD PARA LOS BENEFICIARIOS

Estimado Beneficiario:

Para poder solicitar cobertura de prestaciones para personas con discapacidad deberán presentar la documentación detallada en el presente documento, en la delegación a la que pertenecen, con una antelación de un mes mínimo para poder cumplir con la fecha de inicio estipulada. Agradecemos su lectura minuciosa para poder cumplimentar con lo requerido según corresponda.

Todo los formularios requeridos se adjuntan a la presente y se les entregará al momento de solicitar la prestación o bien pueden descargarlo de nuestra página web: www.osfatun.com.ar

Se recuerda que el ingreso de documentación no implica en si misma su autorización, ya que ésta se encuentra sujeta al análisis del Certificado Único de Discapacidad (CUD) y de la evaluación que realice el Médico Auditor de la Obra Social.

DOCUMENTACIÓN GENERAL

- Ficha Personal (Form. D.P.2.4.1.).
- Fotocopia del certificado de discapacidad y/o constancia de turno para su renovación en caso de haberse vencido.
- Consentimiento completo, y firmado por Padre/Madre o Tutor y Médico tratante: pediatra o Neurólogo, según el tipo de discapacidad (Form. D.P.2.4.3 y Form. D.P.2.4.5.).
- Fotocopia de 1º y 2º hoja del DNI del beneficiario y del titular de la Obra Social.
- Fotocopia de credencial del beneficiario del titular de la Obra Social.
- En caso de asistir a la escuela debe presentar Constancia de Alumno Regular Original, indicando turno y grado al que asiste, con sello y firma de las autoridades de la misma.
- En caso de asistir a Centro de día o al Centro Educativo Terapéutico debe presentar Constancia de Concurrencia indicando que el beneficiario concurrirá a la institución en el año en curso, con sello y firma de las autoridades.

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

- Resumen de Historia Clínica Original. Debe ser confeccionada por el Neurólogo o Pediatra. La fecha debe ser anterior al comienzo del tratamiento, y debe tener la firma y sello del médico.
- Ficha de medida de Independencia funcional (FIM) (Form. D.P.2.4.7.).
- Pedidos médicos Originales con letra legible, sello y firma del médico tratante. Indicando Nombre y Apellido, número de afiliado, diagnóstico del beneficiario y el pedido de cobertura del tratamiento a seguir. (Ej: Enero a Diciembre 2018).

Si se solicita:

- **Prestaciones Educativas o Asistenciales:** debe indicarse el tipo de jornada, si es simple o Jornada Doble. Ej: Centro Educativo Terapéutico (CET) JORNADA SIMPLE en el período de Marzo a Diciembre 2018.
- **En caso de integración escolar:** debe especificar si es Módulo de apoyo a la integración escolar (EQUIPO) O Maestra de Apoyo.

- **Transporte Especial:** el pedido del transporte especial debe indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida y destino.
Ej: Transporte Especial desde su domicilio a Centro Educativo Terapéutico (CET) en el período de Marzo a Diciembre 2018.
La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de no poder trasladarse en los **medios públicos de transporte**. Por lo cual en primer lugar debe figurar Transporte dentro de la Orientación Prestacional del Certificado Único de discapacidad. Dicho pedido debe estar justificado por el médico tratante que además debe completar la solicitud de transporte solicitado por la Obra Social. Se adjunta al presente Form. D.P.2.4.4. y Form. D.P.2.4.6.
El pedido de dependencia será evaluado por el médico auditor de la Obra Social.

DOCUMENTACIÓN DE LOS PRESTADORES

- **PRESUPUESTO:** emitido por el prestador que contenga los siguientes datos:
 - Nombre, Apellido y número de DNI del afiliado.
 - Período en el cuál debe recibir las prestaciones.
 - Valor total mensual (detallando el valor por sesión).
 - Nombre y Apellido del profesional.
 - Cronograma de días y horarios en los cuales el afiliado asistirá.
- **INFORME EVOLUTIVO:** en caso de tratarse de un afiliado en tratamiento, en el mes de Diciembre se deberá adjuntar a la factura un informe evolutivo específico del beneficiario, debe ser elaborado por la institución y/o profesional con firma y sello.
- **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN AFIP:** deberá presentar la constancia de inscripción, emitida el día de la confección del presupuesto a los efectos de poder verificar impuestos activos.
- **PLAN DE TRABAJO ORIGINAL:** debe contener los objetivos amplios e individualizados del beneficiario para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada, con firma y sello del profesional tratante.
- **INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD:** deberá presentar fotocopia de ésta inscripción. Además, deberá adjuntarse según corresponda:
 - **Profesionales:** título habilitante y certificado analítico.
 - **Centros de Rehabilitación y Estimulación Temprana:** habilitación del Ministerio de SALUD o Disposición del Servicio Nacional de Rehabilitación.
- **CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTO (CUE):** en caso de asistir a Escuela Común, Escuela Especial Pre Primaria o Escuela Especial Primaria deberá adjuntarse la CUE.
- **TRANSPORTISTA:** debe presentar la siguiente documentación:
 - Presupuesto
 - Impresión de Google Maps con recorrido a realizar (se gestiona por Internet).
 - Cronograma de días y horarios.
 - Fotocopia del carnet de conducir (categoría profesional).
 - Fotocopia de póliza de seguro vigente.
 - Fotocopia de habilitación vigente.
 - Constancia de AFIP.
- **Acta acuerdo y/o convenio firmado entre la Obra Social y el prestador.**

ESPECIFICACIONES DE LAS PRESTACIONES

- 1) **PRESTACIONES DE APOYO:** son aquellas prestaciones que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales, tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

- 2) **MÓDULO DE TRATAMIENTO INTEGRAL SIMPLE:** el tope de horas mensuales será de 20 hs., las cuales serán repartidas de acuerdo a la necesidad de cada afiliado. Ejemplo:

- Psicología - 8 sesiones mensuales.
- Fonoaudiología - 8 sesiones mensuales.

- 3) **MÓDULO DE TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO:** el tope de las horas mensuales será de 35 hs. de las cuales serán repartidas entre las distintas especialidades de acuerdo a la necesidad de cada afiliado. Ejemplo:

- Psicología - 10 sesiones mensuales.
- Psicomotricidad - 12 sesiones mensuales.
- Fonoaudiología - 8 sesiones mensuales.
- Kinesiología - 4 sesiones mensuales.

- 4) **LAS PRESTACIONES DE APOYO QUE ESTÁN DENTRO DE LOS MÓDULOS, SON LAS SIGUIENTES:**

- Psicología.
- Psicopedagogía.
- Fisioterapia.
- Psicomotricidad.
- Fonoaudiología.
- Kinesiología.
- Neurokinesiología.

- 5) **INTEGRACIÓN ESCOLAR**

La misma solo podrá ser brindada por:

- **Maestra de Apoyo:** podrá ser brindada por una Psicopedagoga, Profesora en Educación Especial, Maestra en Educación o Licenciada en Ciencias de la Educación.
- **Instituciones Categorizadas:** para las modalidades de Educación Inicial, Educación General Básica y Centro Educativo Terapéutico con integración escolar y equipos categorizados para esta modalidad.

RECORDAR QUE JUNTO AL PRESUPUESTO DEBEN ADJUNTAR:

- **Acta de Acuerdo:** entre las tres partes involucradas firmado por el equipo integrador o profesional, la escuela común y el padre o madre o tutor. Debe tener el sello de la Escuela Común donde se integra.
- **Adaptaciones curriculares:** por áreas o proyecto pedagógico individual original firmado por la institución o por el profesional interviniente.

6) INTERNACIÓN/HOGAR

- Previo a la autorización se deberá presentar un informe socio – ambiental del beneficiario y su familia emitido por una trabajadora social designada por la Obra Social, con el fin de justificar la necesidad de permanecer de manera permanente en el centro.
- Justificación médica que indique los motivos por los cuales el afiliado debe vivir en un hogar. Se debe especificar si el paciente requiere alojamiento de lunes a viernes o de manera permanente.
- La documentación será evaluada por el Médico Auditor de la Obra Social.

PUNTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN CASO DE QUE SURJAN MODIFICACIONES EN LAS PRESTACIONES RECIBIDAS

▪ DOCUMENTACIÓN EXCLUYENTE DE LOS PRESTADORES

Junto a la documentación requerida tiene que adjuntarse la constancia en el Registro Nacional de Prestaciones (RNP). En caso de que el prestador no esté inscripto en el mismo, deberán adjuntar copia del título habilitante certificado por un escribano para poder autorizarlo como prestador.

▪ AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

- Nota del beneficiario titular solicitando el cambio que incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado y motivo.
- Nuevo pedido médico original en los casos en el que se indique ampliación de dicho tratamiento.
- Nuevo resumen de historia clínica original con una justificación médica.

Recordar que dicha modificación será evaluada por el Médico Auditor de la Obra Social para su aprobación.

▪ INTERRUPCIÓN O SUSPENSIÓN DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS

- Nota del beneficiario titular donde especifique los motivos de la finalización de las prestaciones y los motivos por los cuales fue interrumpido el tratamiento, o la no concurrencia a las mismas. La nota debe tener firma, aclaración y DNI del titular de la Obra Social.

▪ CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite un cambio de prestador que este brindando una prestación autorizada, deberá presentar la siguiente documentación:

- Nota del padre, madre o tutor solicitando dicho cambio de prestador, donde se encuentre fecha de inicio del tratamiento del nuevo prestador solicitado, motivo y fecha de la baja del prestador anterior. Debe colocarse al final de la nota: firma, aclaración y número de DNI.
- Presupuesto del nuevo profesional o Transportista con el período en el cual brindará la prestación.
- El profesional/transportista deberá presentar la documentación detallada anteriormente.

IMPORTANTE

Tener en cuenta que una vez recibida la documentación por el personal administrativo de la Obra Social, la misma será derivada al sector de Auditoría Médica donde cada pedido será evaluado por el Médico Auditor de la Obra Social.

No se abonarán las prestaciones que no fueron autorizadas por el Médico Auditor de la Obra Social. Por lo cual se podrá facturar a partir de la fecha en la que fue autorizada dicha prestación.