



Instructivo prestaciones discapacidad

2019

Pensamos en un formato facilitador que les permita, entregar cada hoja con requisitos al médico y a los prestadores.

Encontrarán en:

- Pág. 1 Documentación personal que se solicitará al Afiliado
- Pág. 2 Requerimientos que el médico tratante deberá tener en cuenta para la confección de Resumen de Historia clínica y Prescripción de prestaciones .
- Pág. 3 Requisitos de prestadores: instituciones
- Pág. 4 Requisitos de prestadores: profesionales
- Pág. 5-7 Requisitos de prestadores: servicio de Transporte especial, presupuesto y diagrama de traslados
- Pág.8-9 Modelos de planes de tratamiento y consentimientos informados
- Pág. 10 Registro de asistencia para traslados y tratamientos
- Pág. 11 Registro de cuentas bancarias

El trámite será anual y a partir del mes de diciembre de 2019 comenzaremos la recepción de documentación hasta el 28/02/2019 para todas las modalidades prestacionales excepto para las escuelas especiales y Apoyo a la Integración Escolar cuyo límite será el 29/03/2019

Les recordamos la línea directa de atención para brindar información, 4-122-5646 en el horario de 9 a 17 hrs. Allí recibirá un asesoramiento personalizado a cargo de la Lic. Susana Jauregui, o la Lic. Karina Antonuccio. Nuestro correo exclusivo: discapacidad.ostel@gmail.com

Cordialmente!
Equipo de discapacidad OSTel



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

REQUERIMIENTOS PARA EL AFILIADO

Los requisitos deberán estar completos para poder autorizar las prestaciones, en caso contrario no podremos dar curso a lo solicitado.

Fotocopia del Certificado de Discapacidad en vigencia, Si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de presentación RECUERDE que debe solicitar la renovación del mismo y adjuntarla al trámite, esto permitirá la continuidad de la prestación.

-Constancia de alumno regular. Para justificar asistencia a escuela común o especial Centro educativo terapéutico y Centro de día.

En caso de solicitar Módulo a la Integración Escolar, o Módulo Maestra de Apoyo, se deberá presentar constancia de alumno regular a escuela común en cualquiera de sus niveles (inicial, primaria o secundaria)

En caso de solicitar Prestación de Apoyo (solo una terapia de rehabilitación) se solicitará constancia de alumno regular de escolaridad común, escolaridad especial, Centro de Día o CET

-Fotocopia del DNI. del beneficiario.

CAMBIO, AMPLIACIÓN DE COBERTURA O PRESTADOR.

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse con las Delegaciones de cada provincia o al Área de Discapacidad 4122-5646 en el horario de 9 a 17 hs.

REQUERIMIENTOS PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

1. Resumen de Historia Clínica (anual):

Debe ser **original** Se solicitará de manera anual

Deberá contener Nombre del afiliado, DNI, diagnóstico, evolución y estado actual del paciente.

2. Prescripción médica (anual).

Debe ser **original**. Se solicitará cada prestación en hoja aparte.

Deberá contener: Nombre del Afiliado, DNI , Diagnóstico/s

En caso de solicitar:

- **Prestaciones ambulatorias:** indicar especialidad, cantidad semanal / mensual de sesiones (cada especialidad en hoja aparte de recetario). Periodo de la prestación (Ej Marzo-diciembre 2019)
- **Concurrencia a Institución** especificar modalidad (Escolaridad especial-nivel inicial, EGB, Formación laboral-, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día/ CET) y tipo de jornada (simple o doble). Período.
- **Para Apoyo a la Integración escolar solicitar:**
 - Módulo de Apoyo a la integración Escolar (si está a cargo de una institución)
 - Módulo Maestra de Apoyo (si está a cargo de un profesional independiente).
- **Transporte especial a institución o rehabilitación**

El servicio solo está destinado a los afiliados que presenten patología motora.

En caso de patologías mentales, que no puedan acceder al servicio público se solicitará una justificación. La justificación_ deberá orientarse hacia situaciones:

- emocionales (conducta disruptiva en espacios públicos, fobias, auto o heteroagresión)
- familiares (trabajo de ambos padres o flia.monoparental)

Solicitud de dependencia:

Debe quedar consignado claramente en el Res de Hist clínica y la Prescripción Médica.

Se contemplará el adicional por dependencia para: CET, Centro de Día, Hogares y transporte

Quedan excluidas: escolaridad especial, Estimulación Temprana, Apoyo a la integración escolar, módulo ambulatorio, Prestación de Apoyo.

REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR:

INSTITUCIONES

Todo prestador deberá acreditar su categorización definitiva (escuelas especiales, CET, Centros de Día, Hogares, Equipo de integración escolar) o estar inscripto en el Registro Nacional de Prestadores (Centros de rehabilitación y Est. Temprana). Maestro de Apoyo, se solicitará título habilitante y certificado analítico de materias. En caso contrario no se procederá a la autorización de la prestación.

- Estimulación Temprana: Plan de tratamiento personalizado con objetivos de todas las áreas y Consentimiento informado. (se adjunta Pág 9) Cronograma semanal de trabajo Presupuesto

-Escuelas especiales, CET, Centro de día: Constancia de alumno regular y constancia mensual de concurrencia a la institución que se podrá presentar con la facturación mensual. Plan de tratamiento (anual) En todas las prestaciones se deberá entregar plan de tratamiento con objetivos de trabajo personalizado. Presupuesto indicando: modalidad de prestación y Tipo de Jornada: (especificar si se brinda o no el servicio de comedor).Consentimiento informado (se adjunta Pág 9)

-Módulo de apoyo en Integración Escolar y Módulo Maestro de Apoyo: detalle de días y horarios de la prestación. Plan de adaptaciones curriculares por materia firmado por equipo a cargo y autoridades de la escuela común. Acta acuerdo firmada por flia, integración, y autoridades de la escuela común. Constancia de alumno regular de la escuela común. Presupuesto. Consentimiento informado(se adjunta Pág 9)

-Hogares:- informe social y cronograma de actividades por servicio en caso de brindarse Hogar con otra prestación, ej. Hogar con Centro de Día. Plan de tratamiento (anual) con objetivos de trabajo personalizado. Presupuesto. Consentimiento informado (se adjunta Pág 9)

Solicitud de dependencia: debe quedar consignado claramente en el presupuesto y **debidamente fundamentado por Tabla FIM.**

Se contemplará el adicional por dependencia para: CET, Centro de Día, Hogares y transporte

Quedan excluidas: escolaridad especial, estimulación temprana, Apoyo a la integración escolar, módulo ambulatorio, prestación de apoyo.

Modalidad de facturación:

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT 30-60871639-0 y Nombre) Av Garay 2569 CABA. Presentación mensual (del 01 al 05 de cada mes)

Deberá contener los siguientes datos: Nombre, apellido y DNI del afiliado,
prestación brindada,
modalidad, jornada (simple o doble) y categoría.
Si incluye dependencia.
Período de prestación

Adjuntar constancia mensual de asistencia.

REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR:

PROFESIONALES

Se solicitará: Título habilitante a Psicomotricistas-Psicopedagogos-
Musicoterapeutas -Terapistas Ocupacionales-

Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) que acredite su condición mediante certificado específico en caso de Kinesiólogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Psicomotricistas

Módulo Maestro de apoyo se solicitará título habilitante y certificado analítico de materias. detalle de días y horarios de la prestación. Plan de adaptaciones curriculares por materia firmado por profesional actuante y autoridades de la escuela común. Acta acuerdo firmada por flia, escuela común y maestro integrador. Constancia de alumno regular de la escuela común. Cronograma semanal de asistencia y consentimiento informado bilateral (se adjunta Pág 8)

1-Presentación de presupuesto en original anual detallando:

- ✓ Modalidad de la prestación
- ✓ Detalle de días **específicamente los días de la semana de atención** y cantidad de sesiones por mes.
- ✓ Importe mensual y por sesión.
- ✓ Debe indicar en el mismo: domicilio del consultorio, teléfono, sello y firma del profesional tratante.
- ✓ Firma de la planilla mensual de asistencia(se adjunta Pág 10)

2- Presentación de Planes de tratamiento anual y consentimiento informado

En todas las prestaciones se deberá entregar plan de tratamiento con objetivos de trabajo personalizado y consentimiento informado bilateral (se adjunta Pág 8)

3- Modalidad de facturación:

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT 30-60871639-0 y Nombre) Presentación mensual (del 01 al 05 de cada mes)

Deberá contener los siguientes datos: Nombre apellido y DNI del afiliado,
cantidad de sesiones, valor unitario de las mismas,
mes facturado, importe total.

El recibo deberá contener: Nro. de factura que cancela.

Adjuntar constancia mensual de asistencia.

REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR:

TRANSPORTE ESPECIAL

Se reconocerán los traslados a instituciones y a Centros o consultorios para tratamientos de rehabilitación.

Se deberá presentar de manera obligatoria la siguiente documentación:

- Pedido médico,
- Res de Historia clínica con justificación por déficit motor o conductual
- Constancia de concurrencia a instituciones, Centros de Rehabilitación o consultorios para tratamientos de rehabilitación.
- Diagrama de traslados y Consentimiento informado (se adjunta Pág 7)
- Presupuesto original (ver modelo adjunto)
- Copia de google map
- Constancia de Seguro y Habilitaciones vigentes

Modalidad de facturación:

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT 30-60871639-0 y Nombre) Presentación mensual (del 01 al 05 de cada mes) . Presentar planilla de asistencia mensual.

La factura deberá presentarse con los siguientes datos:

- Nombre del beneficiario y DNI
- Direcciones de partida y destino,
- Cantidad de viajes por día y mensual
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
- Total de kilómetros del mes
- Indicar si corresponde dependencia.
- Mes al que corresponde la factura.

El recibo deberá contener: Nro. de factura que cancela.

Adjuntar constancia mensual de asistencia.

PRESUPUESTO TRANSPORTE 2019

Empresa de transporte..... N° CUIT:.....
Domicilio.....
Teléfonos:.....
Fecha: / /

Afiliado..... OSTel:.....
DNI:.....

Vigencia del presupuesto: Desde: / / 2019 - Hasta: / / 2019

Destino 1:

Desde:.....
Hasta:.....
Cantidad de Km por día :..... Cantidad de Km Mensuales:.....
Precio por km:..... Que se ajusta a la resol. n°:
Cantidad de viajes por mes: Valor por viaje:.....
Adicional por dependencia: si no (marcar con un círculo lo que corresponda)
Total mensual en pesos:.....

Destino 2:

Desde:.....
Hasta:.....
Cantidad de Km por día:..... Cantidad de Km Mensuales:.....
Precio por km:..... Que se ajusta a la resol. n°:
Cantidad de viajes por mes: Valor por viaje:.....
Adicional por dependencia: si no (marcar con un círculo lo que corresponda)
Total mensual en pesos:.....

Total mensual en Kilómetros de todos los trayectos:

Total mensual en Pesos de todos los trayectos:

Firma y Sello:

Aclaración:

DNI:

**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 (\$) _____

Periodo 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 descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____

Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

**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 (\$)
---	----------------------	----------------------	-----------------------

Período 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: _____

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): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Periodo Cielo Lectivo, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

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

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: _____

Obra Social del Personal de Telecomunicaciones de la República Argentina

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR:

PRESTACIÓN:

MES:

AÑO:

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO	ACLARACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Sres OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2019 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:.....

Nro de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.....

Entidad Bria.....

Nro CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado