

Guía para la Autorización de Prestaciones de Discapacidad 2022



discapacidad@ostel.org

1. *Documentación personal que se solicitará al Beneficiario*
2. *Datos relevantes en el Resumen de Historia clínica y Prescripción médica.*
3. *Requisitos para instituciones*
4. *Requisitos para profesionales*
5. *Requisitos servicio de Transporte especial*
6. *Consentimientos informados*
7. *Registro de asistencia para traslados y tratamientos*
8. *Registro de cuentas bancarias*
9. *Lineamientos generales para la elaboración de informes*

El trámite será anual y a partir del mes de noviembre de 2021 comenzaremos la recepción de documentación. Para las escuelas especiales y Apoyo a la Integración Escolar el límite de presentación será el 21/03/2022

REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO

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.

En caso de concurrencia a escuela común o especial se solicitará el CUE

-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 por email a discapacidad@ostel.org

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 2022)
- **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)**
Presentar constancia laboral

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 y estar inscripto en la ANDIS (escuelas especiales, CET, Centros de Día, Hogares, Equipo de integración escolar Centros de Rehabilitación, Est. Temprana) y 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 y RNP a Psicopedagogos a cargo. 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 *Cronograma* semanal de trabajo *Presupuesto. Consentimiento informado.* (se adjunta)

-Escuelas especiales, CET, Centro de día: *Constancia de alumno regular* y *constancia* mensual de *concurancia* 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)

-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 familia, integración, y autoridades de la escuela común. *Constancia de alumno regular* de la escuela común. *Presupuesto. Consentimiento informado* (se adjunta)

-Hogares: - *informe social* y *cronograma* de actividades por servicio *Plan de tratamiento* (anual) con objetivos de trabajo personalizado. *Presupuesto. Consentimiento informado* (se adjunta)

Solicitud de dependencia: debe quedar consignado claramente en el presupuesto y **debidamente fundamentado por Tabla FIM firmada por Lic en Terapia Ocupacional**

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.



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 familia, escuela común y maestro integrador. *Constancia de alumno regular de la escuela común.* *Cronograma semanal* de asistencia y *Consentimiento informado* bilateral (se adjunta). Los profesionales a cargo deberán ser Lic en Psicopedagogía

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)

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)

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 firmado por un familiar y Consentimiento informado (se adjunta).
- Presupuesto original y Conformidad (ver modelo adjunto)
- Copia de google map firmado por familiar y prestador.
- Constancia de Seguro, Habilitaciones vigentes,
- VTV
- Carnet de conducir

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

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador:

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista



CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yocon Documento Tipo (.....)

Nº , doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

desde hasta.....

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD. COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:



CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento

Tipo

(.....) No, 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 _____

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:



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					

La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Sres. OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2022 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:

Nro. de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.....

Entidad Bancaria.....

Nro. CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado



LINEAMIENTOS A TENER EN CUENTA PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE TRABAJO E INFORMES

Módulos ambulatorios /Hospital de Día en Rehabilitación

Se priorizará que los Afiliados de OSTel tengan atención en Centro de Rehabilitación inscriptos en la ANDIS Agencia Nacional de Rehabilitación y con RNP emitido por la SSSalud Asimismo, cuando profesionales independientes se hagan cargo de los tratamientos será solicitado RNP y habilitación de los consultorios (sin excepción)

Planes de trabajo e informes

Se contemplará el formato de informes y planes de tratamiento que cada profesional o equipo haya elaborado, se solicitará, además tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Objetivos específicos y plazos planificados para su cumplimiento
- Repensar posibilidad de alta temporaria, hasta nueva evolución
- ¿El plan de trabajo contempla sus deseos, y preferencias? ¿Participa en algún aspecto de su plan individual de tratamiento?
- Objetivos que den cuenta de mirada bio psico social e interdisciplinaria en caso de tener otras terapias

Para tener en cuenta en el Trabajo con la familia

Aspectos específicos que se trabajan con la familia a fin de transferir a la vida cotidiana los objetivos trabajados en el consultorio.

¿Cuenta la familia con asesoramiento para los momentos de actividades recreativas y de ocio?
Frecuencia de encuentros con la familia y otros vínculos significativos del Beneficiario

Modo de articulación con otros profesionales que se encuentren trabajando con el Concurrente (terapeutas, Médico de cabecera)

Informes semestrales

Revisión semestral de objetivos con entrega de informe

Planes de trabajo e informes

Se contemplará el formato de informes y planes de tratamiento que cada profesional o equipo haya elaborado, se solicitará, además tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Objetivos específicos y plazos planificados para su cumplimiento
- ¿El concurrente tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias?
- ¿La institución planifica actividades que favorezcan la interacción social? ¿Participa en actividades fuera de la institución? ¿Utiliza entornos comunitarios?
- ¿Mantienen comunicación con profesionales externos, en caso de tener tratamientos ambulatorios?

Para tener en cuenta en el Trabajo con la familia

- La institución proporciona asesoramiento a la familia respecto de la importancia y necesidad de la realización de actividades de tiempo libre con el grupo familiar, ¿amigos y allegados a la familia teniendo en cuenta deseos y preferencias del concurrente?
- Frecuencia de encuentros con la familia y otros vínculos significativos del concurrente
- ¿Realizan talleres para padres y familiares?

Informes semestrales

Revisión semestral de objetivos con entrega de informe

Planes de trabajo e informes

Se contemplará el formato de informes y planes de tratamiento que cada profesional o equipo haya elaborado, se solicitará, además tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ¿Aprende, dentro del hogar habilidades para ser más independiente? ¿Tiene oportunidad de desarrollarlas?
- ¿Participa de actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales?
- ¿Utiliza entornos comunitarios? (cafeterías, cines, parques, bibliotecas)
- ¿Celebran acontecimientos importantes?
- Modalidad de dar a conocer al concurrente los cambios institucionales.
- ¿Cómo elige pasar su tiempo libre?

Para tener en cuenta en el Trabajo con la familia

- ¿La institución proporciona asesoramiento a la familia en cómo pasar el tiempo libre con el grupo familiar, amigos y allegados a la familia teniendo en cuenta deseos y preferencias del concurrente?
- Frecuencia de encuentros con la familia y otros vínculos significativos del concurrente
- ¿Realizan talleres para padres y familiares?