

# Guía para la Autorización de Prestaciones de Discapacidad 2022



[discapacidad@ostel.org](mailto: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](mailto: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:

Yo .....con 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?