

GUÍA PARA LA AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

AÑO 2020



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 Redacción 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
- Pág. 12-13 Lineamientos generales para la elaboración de informes

El trámite será anual y a partir del mes de noviembre de 2020 comenzaremos la recepción de documentación. Para las escuelas especiales y Apoyo a la Integración Escolar el límite de presentación será el 20/03/2020

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

Equipo de discapacidad OSTel

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.

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 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 2020)
- **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 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. 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, Habilitaciones vigentes,
- 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 2020

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

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

Vigencia del presupuesto: Desde: / / 2020 - Hasta: / / 2020

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 2020 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

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

Instituciones educativas y terapéuticas (Estimulación Temprana, Escolaridad especial, CET, Centros de Día)

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

Hogares

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?