Guía paso a paso REQUERIMIENTOS GENERALES PARA LA PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD 2024

Puntos destacados

ØCUD Vigente (SI YA LA PRESENTÓ, NO HACE FALTA PRESENTARLO NUEVAMENTE)

Ø Presentar datos actualizados (domicilio, contacto telefónico, correo electrónico)

ØResumen de Historia Clínica (protocolo en adjunto)

Ø Prescripción Médica (debe tener fecha anterior al periodo de prestación)

ØConformidad Prestacional anual (protocolo en adjunto)

ØPresupuesto Prestacional (protocolo en adjunto)

ØToda Institución deberá acreditar su categorización definitiva y estar inscripto en la ANDIS

ØLos profesionales deberá presentar su Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente

Plan de tratamiento:

- Detallar plan de abordaje individual, período, modalidad, objetivos específicos de tratamientos y estrategias de intervención.
- Para el comienzo de una nueva prestación se solicita informe de evaluación inicial de tratamiento, con plan de abordaje individual detallando periodo, modalidad, objetivos específicos de tratamientos y estrategias de intervención
- En caso de renovación de tratamiento, se solicita informe evolutivo con las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y el período de abordaje.
- Planilla de CBU (protocolo en adjunto)
- Informe de seguimiento semestral (se entrega en el mes de julio)

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse por email a: discapacidad.ostel@gmail.com o bien al Tel: 1149413332 **NOTA:** la documentación que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido.

Guía paso a paso REQUERIMIENTOS GENERALES PARA LA FACTURACIÓN DE DISCAPACIDAD 2024

Ø La factura emitida por el prestador debe estar dirigida a la Obra Social : OSTEL Cuit 3060871639-0

Ø La factura deberá presentar los siguientes datos:

- Nombre del beneficiario y DNI
- Modalidad y período de la prestación
- Cantidad de sesiones, , importe total
- En caso de Centros de Rehabilitación especificar tipo de modalidad: Prestación de Apoyo, Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo.
- En caso de Transporte especificar: 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 incluye dependencia.

Ø La recepción de la facturación es mensual del 01 al 10 de cada mes

Ø Presentar planilla de asistencia

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

Ø La facturación se debe enviar al correo: <u>integracion.ostel@gmail.com</u> en formato PDF como documento original completo en todos sus ítems se según normativa vigente AFIP (**No se admitirá otro formato para su recepción**)

NOTA: Las planillas de asistencias que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido. (Se solicitarán los originales durante el año)





	DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA ADICIONAL REQUERIDA PARA CADA PRESTACIÓN
PRESTACIÓN	DOCUMENTACION
	* Se reconocerán Instituciones categorizadas en ANDIS y con RNP que brinden:
Estimulación Temprana	Atención ambulatoria individual con participación activa del grupo familiar
	Prestación comprendida a partir de 1 año hasta 3 años
	Se contemplará un máximo de tres sesiones semanales
	* Constancia de alumno regular a escuela común y CUE (nivel inicial, EGB o secundaria)
	* Plan de adaptaciones curriculares por materia firmado por equipo a cargo o profesional a cargo
Maestra de Apoyo a la inclusión	y las autoridades de la escuela común
Módulo Apoyo a la Inclusión Escolar	* Acta acuerdo firmada por la familia, el equipo integración o profesional a cargo y autoridades de la escuela
	común
	* La planilla de asistencia mensual deberá estar firmada por el profesional, familia y autoridades de la
	escuela común
	* Solo se reconocerá la dependencia en la modalidad prestacional de Centro de Día y CET,
Centro de Día,	presentando como justificación la Tabla FIM cuantitativa y cualitativa firmada por Lic en Terapia
Centro Educativo Terapéutico	Ocupacional (protocolo en la página WEB) y deberá quedar consignado claramente en el Resumen
	de clínica y en la prescripción médica.
	* Presupuesto Prestacional (en adjunto) indicando: modalidad de prestación y tipo de Jornada
	* Constancia de alumno regular
	* En la prescripción médica se deberá especificar tipo de Nivel Educativo: Incial, EGB, Formación
Educación Especial	Laboral
	* Presupuesto Prestacional (en adjunto) indicando: modalidad de prestación y tipo de Jornada
	* Para Formación Laboral se solicitará especificar en el plan de tratamiento año y ciclo



REQUERIMIENTOS PARA LA PRESENTACIÓN

ividades por servicio, por Hogar (de lunes a domingo) y Centro de Día de
(anual) con objetivos de trabajo personalizado
avale su necesidad
endencia deberá quedar consignada claramente en el Resumen de Historia
pción Mécica, presentando Tabla FIM (cuanti y Cualitativa) firmada por Lic en Terapia
al con terapias diarias. Se recuerda que Jornada simple corresponde 4 horas diarias
ornada doble atención semanal de 7 hs diarias
solo una terapia de rehabilitación se deberá presentar constancia de asistencia
común o especial y CUE
en módulos con más de un tratamiento, se solicitará enviar además , un plan
sciplinarios firmados por los terapeutas a cargos
gistro Nacional de Prestadores (RNP) Kinesiólogos, Psicólogos Clínicos
omotricistas, Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales.
abilitación deberán presentar RNP y catergorización acreditada por el ANDIS
debera justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en
endencia deberá quedar consignado claramente en el Resumen de Historia
pción Mécica, presentando Tabla FIM (cuanti y Cualitativa) firmado por Lic en
uesto los apoyos especifícos que se brindarán en el traslado
ngrama de traslados de Google Map firmada por la persona con discapacidad o
lado
sultorios para tratamientos
social de transporte se requiere la presentación laboral de los padres
escuela común o especial se requiere constancia de alumno regular y CUE
Instituciones y Centros de Rehabilitación se requiere presentar constancia mensual
omotor
abilitaciones, vtv y Licencia de Conducir vigentes

Prescripción Médica Membrete Médico

Fecha

Nombre del Beneficiario Nro. Af. Obra Social

DNI

Diagnostico

Solicitar modalidad prestacional especificando:

- -Tipo de Jornada o Cantidad de sesiones semanales / mensuales
- -Si requiere depenencia de acuerdo a la modalidad
- -Periodo de Prestación

Fima del Médico Solicitante

Resumen de Historia Clínica

	Fecha:
Nombre y Apellido:	
DNI:	
Nro. Afiliado:	
Edad:	
Diagnóstico:	
Informe Integral de la condición de salud:	
Descripción de las prestaciones que recibe actualmente:	

Firma y sello del profesional

Fecha:/	
Apellido y nombre del beneficiario:	82
Número de Afiliado:	
Yo	con Documento
Tipo	
	ni conformidad respecto a la/s prestación/es que
a continuación	a community and the production of que
	explicado en términos claros y adecuados,
comprendiendo las alternativas disponible	

1. Prestación:	
Prestador:	hosto
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:	
	A CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:
Dejo constancia que la conformidad brind	lada en el presente documento es realizada en
nombre de	
Manifiesto ser el familiar/ responsable / tu	
prestación/es detalladas precedentemente.	
Firma:	
W 1	
Aclaración:	
D	
Documento:	

PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2024

Fecha de Emisión://		
Razón social del prestador:		
CUIT:		
Domicilio donde se realiza la prestación:		
Correo electrónico de contacto:	Teléfono:	
Beneficiario:	DNI:	
Modalidad prestacional a brindar.		
Tipo de jornada a realizar.	Categoria:	
Periodo: desde:	hasta:	
Almuerzo: SI - No.		
Monto Mensual:		
En caso de corresponder:		
Dependencia: Si - No.		
Matricula anual:		
Cantidad de sesiones mensuales:	Monto por Sesión:	

<u>CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:</u> indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación

Dias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viemes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y Aclaración del Prestador

Razón so	Emisión: ocial del prestador:					
CUIT:						
			Teléfono:			_
Compañía	de Seguros:		Póliza N°:			_
Beneficiari	0:		DNI:		1)	_
Período: de	esde:		hasta:			_
<u>Diagram</u>	a de traslado:					
Viaje	Domicilio de p	artida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Im _i
1						
2						
3						
Cronogr	ama de traslado:	marcar con u	na cruz los días de traslad	0.		
Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sá
1						
2		-				-
3						
Valor del	E			portista		
Valor del Monto m	l km:	Fin		portista		
CONFOR Fecha: Apellido Número Yo	RMIDAD TRANSP	Fin ORTE neficiario: ., doy mi desde hasta	ma y Aclaración del Trans	con		po (período:
CONFOR Fecha: . Apellido Número Yo Firma: Aclaració	RMIDAD TRANSP o y nombre del be de Afiliado/DNI:	Fin ORTE neficiario: ., doy mi desdehasta	ma y Aclaración del Trans	con rama de tras COMPLETAR:	lados por el	

PLANILLA DE ASISTENCIA

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR:

PRESTACIÓN: MES:

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO	ACLARACIÓN
1					
2					\ Y.
3					
4					
5					,
6					
7					
8					
9		5.00 g			
10					
11					
12					
13					
14			_		92
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24	_		3 4		
25		11.			
26					
27					
28					
29					
30					
31	i i				

AÑO:

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	:	796		
	11 12E	G : S	120 2 22	

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2024 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016

restador
restador de vuestra Beneficiaria/o:
ro de CUIT/CUIL
uenta Bancaria Nro
ntidad ancaria
ro CBU

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado