Prestaciones para personas con discapacidad –

Prórroga prestaciones ASPO/DISPO 2021

La Resolución Nº 1293/2020 - SSSalud establece los requisitos de documentación que debes presentar en las Obras Sociales para la prórroga por continuidad, modificación o nueva prestación para el período ASPO/DISPO 2021.

Mediante Res 1293/2020 - SSSalud resolvió establecer una prórroga para las prestaciones que se encuentren en curso, aprobadas por el equipo interdisciplinario del Agente del Seguro de Salud para el año 2020,

Con el foco puesto en la simplificación de trámites para el beneficiario la SSSalud determinó la prórroga de las prestaciones por discapacidad para el año 2021

Las prestaciones que se encuentren en curso, aprobadas por el equipo interdisciplinario de la Obra Social para el año 2020, podrán prorrogarse de común acuerdo entre la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y el/los profesional/es/prestador/es, siempre y cuando no posean modificaciones. Esta prórroga se mantendrá mientras perduren las condiciones establecidas en el Decreto N° 297/20 - PEN, y sus modificatorios y complementarios.

Para hacer efectiva la prórroga se requiere a los beneficiarios informar la continuidad a la correspondiente Obra Social, detallando la/s prestación/es por las que brinda conformidad respecto de su continuidad, en igualdad de condiciones a las autorizadas en el período prestacional 2020.

Esta nota puede ser manuscrita y de acuerdo al modelo que se estipula en la presente Guía Pág. 3 para Transporte, Para Prestaciones institucionales y tratamientos Pág. 4. Guía de informes de prestadores Pág. 5

En aquellos casos que se solicite una **NUEVA** prestación o que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales tratantes/prestadores consideren que debe hacerse una MODIFICACIÓN del Plan de Abordaje que se encontraba recibiendo en el período 2020, la Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo deberá presentar la documentación detallada en ***MODIFICACIÓN O NUEVA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021 de la presente Guía***

En el caso de que la Persona con Discapacidad, o su familiar a cargo tengan algún problema para enviar la documentación por medios digitales, podrán efectuar la entrega de la documentación de forma presencial respetando el protocolo de cada entidad.

Los equipos interdisciplinarios de los Agentes del Seguro de Salud, en conjunto con el/los prestador/es, deberán evaluar el plan de abordaje que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad y su familia, asegurando el acceso a servicios accesibles, suficientes y oportunos.

BAJA DE PRESTACIÓN

En aquellos casos que se desee dar la BAJA de la/s prestación/es, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberá informarlo a la Obra Social por medios digitales o los habilitados por la entidad.

Finalizadas las medidas del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), o el Distanciamiento Social, previsto por Decreto Nacional (297/20) se deberá gestionar la renovación de las prestaciones dentro de los 90 días corridos posteriores.

INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes _____ de 2021

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Número de DNI:

PERÍODO ASPO / DISPO 2020 ¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

☐ SÍ ☐ NO MOTIVO:

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?

_____

¿Qué tipo de asistencia brindó? TRASLADO DE: ☐ ALIMENTOS ☐ MATERIAL DIDÁCTICO ☐ OTROS

_____

PERÍODO APSO / DISPO 2021

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA TRASLADO DE ☐ ALIMENTOS

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA ☐ MATERIAL DIDÁCTICO

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA ☐ OTROS

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI DEL PRESTADOR:

STEL

CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha …../……/……..

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de…….. Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma: ……

Aclaración: …….

Documento: …….……

Parentesco: ……..

Domicilio: ……

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma: …….

Aclaración: …….

Domicilio: …….

Informe a cargo de los Prestadores

1-Informe Evolutivo de la Prestación brindada.

2- Plan de Abordaje para el período ASPO 2021.

Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas. -