

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2020

## RECOMENDACIONES GENERALES

### IMPORTANTE

EL CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUCTIVO ES INDISPENSABLE PARA GESTIONAR LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD EN TODOS LOS CASOS, LA RECEPCION DE LA CARPETA NO IMPLICA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS.

**HORARIO DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN  
09.30 A 16.30 HS.**

**A PARTIR DEL OCTAVO DIA HÁBIL  
(DE LUNES A VIERNES) DE CADA  
MES HASTA EL 28/02/2020**

PARA AQUELLAS CARPETAS QUE SE PRESENTEN LUEGO DE ESTA FECHA, SOLO SE RECONOCERÁ UN MES RETROACTIVO A LA FECHA DE PRESENTACIÓN.

LEA ATENTAMENTE ESTE INSTRUCTIVO Y ANTE CUALQUIER CONSULTA PODRÁ COMUNICARSE TELEFONICAMENTE AL **0800-321-6776** O VÍA MAIL A **AME-DISCAPACIDAD@OSPOCE.COM.AR**

*“Cabe aclarar que OSPOCE no podrá dar cobertura cuando el profesional o la institución no se encuentre inscripta en el registro nacional de prestadores de la superintendencia de servicios de salud (RNP) y/o servicio nacional de rehabilitación (SNR) - art. 29 ley 23.661”.*

*art. 32 -ley 23.661- “la inscripción en el registro nacional de prestadores implicará para los prestadores la obligación de respetar las normas y valores retributivos que rijan las contrataciones con los agentes del seguro, mantener la prestación del servicio en las modalidades convenidas durante el lapso de inscripción y por un tiempo adicional de sesenta (60) días corridos y ajustarse a las normas que en ejercicio de sus facultades, derechos y atribuciones establezca la ANSSAL”.*

*“En virtud de lo establecido en las normas arriba transcritas, la obra social reconocerá las prestaciones incluidas en el nomenclador de las prestaciones básicas para personas con discapacidad, como así también reconocerá para los profesionales hasta los valores retributivos autorizados por dicho nomenclador”.*

## ACLARACIONES PRELIMINARES

- La carpeta deberá ser presentada en forma conjunta, no se recibirán entregas de documentación parciales o que no cumplan con los requisitos de este instructivo.
- Sera indispensable la presentación de la documentación para la cobertura solicitada, **PREVIA AL INICIO DE LAS PRESTACIONES SIN EXCEPCION** (Ej.: Si las prestaciones inician en el mes de Enero 2020, deberá presentar la carpeta a partir del mes de Octubre o bien durante los meses de Noviembre y Diciembre 2019 con el fin de evitar demoras en su correspondiente autorización).
- Los formularios enviados con este instructivo **SON DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA SIN EXCEPCIÓN**, estos deberán estar confeccionados y firmados con un mismo color de tinta.
- La prescripción del tratamiento **NO PUEDE** ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones y/o profesional que la brinde.
- La fecha de emisión de la prescripción **NO PODRÁ** ser posterior a la fecha de inicio del tratamiento solicitado en la misma.
- Las facturas deberán ser confeccionadas según **ANEXO 15** en virtud de los nuevos requerimientos de esta auditoría.
- **LA EXISTENCIA DE COBERTURA EN AÑOS ANTERIORES AL PERIODO SOLICITADO NO DA DERECHO AL PROFESIONAL/ INSTITUCIÓN INTERVINIENTE A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DE ESTA AUDITORÍA, NI OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR DICHAS PRESTACIONES SIN EL PREVIO ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA.**
- Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario de esta obra social podrá realizar el seguimiento de la misma mediante visitas, llamados o entrevistas con padres y/o profesionales en nuestra sede o en el lugar de atención.

## AREA DISCAPACIDAD - DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

1. CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD vigente **SIN ESTE DOCUMENTO NO SE PODRÁ RECIBIR LA CARPETA.**
2. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA **ORIGINAL**. En caso de ser impreso en dos hojas o más, deberán estar todas selladas y firmadas por el médico tratante y confeccionado en un solo color de tinta **(ANEXO 1)**.
3. INFORME MÉDICO **ORIGINAL**. En caso de ser impreso en dos hojas o más, deberán estar todas selladas y firmadas por el médico tratante y confeccionado en un solo color de tinta **(ANEXO 2)**.
4. SOLICITUD DE PRESTACIÓN **ORIGINAL**. Deberá estar firmada por el mismo médico tratante que realizó el Resumen de Historia Clínica y el Informe Médico, se adjunta formulario de solicitud de Prestaciones **(ANEXO 3)**.
5. Comprobantes de pago de monotributo del último semestre (julio-diciembre 2019) **SOLO EN LOS CASOS DE AFILIADOS MONOTRIBUTISTAS.**
6. CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR/ CERTIFICADO DE CONCURRENCIA **ORIGINAL** (Requisito para todos los afiliados que concurran a una institución educativa sea jardín, Escuela Común, Escuela Especial, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, etc. Detallando CUE (Clave Única de Establecimiento Educativo) debe ser proporcionada por la institución a la que asiste. Fecha límite de entrega 30/03/2020.- **DE NO PRESENTAR EL CERTIFICADO A LA FECHA SOLICITADA NO SE RECONOCERAN MESES RETROACTIVOS POR LA FALTA DEL MISMO.**
7. PRESUPUESTO **ORIGINAL** (Instituciones- Profesionales- Integración- Transporte). **NO SERAN ACEPTADOS PRESUPUESTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONFECCIONADOS SOBRE LOS FORMULARIOS ADJUNTOS.** Al pie de cada presupuesto se encuentra la conformidad de tratamiento que debe estar completa y firmada por el beneficiario o representante **(PADRE/ MADRE/ TUTOR LEGAL) (ANEXOS 6, 7, 8 Y 9)**.
8. CRONOGRAMA PRESTACIONAL **ORIGINAL** (Debe estar confeccionado por el **(PADRE/ MADRE/ TUTOR LEGAL)** incluyendo días y horarios de concurrencia a todas las prestaciones que se realizarán durante el año 2020 y su duración (Ej.: Fonoaudiología, Psicología, Escuela, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, etc.). El mismo es de **"PRESENTACION OBLIGATORIA"** al momento de entregar la carpeta. En caso de modificaciones sobre las prestaciones deberá presentar nuevo cronograma.

**PARA ESTA AUDITORIA, UNA SESIÓN ES IGUAL A UNA HORA RELOJ (60 MINUTOS) POR CADA ESPECIALIDAD PRESUPUESTADA EN EL ANEXO 5**

9. ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL FIM **ORIGINAL**. En los casos que se indique dependencia en alguna prestación deberá presentar el FIM. Dicho formulario debe ser confeccionado por el médico tratante o en su defecto por el profesional kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional que le brinde la prestación al beneficiario, en estos casos deberá contar con el aval del médico tratante. **(ANEXO 10)**.

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR DE LAS INSTITUCIONES / PROFESIONALES / TRANSPORTE

### A. PRESUPUESTOS Y DOCUMENTACIÓN PARA INSTITUCIONES

Es indispensable que el Presupuesto sea confeccionado en el formulario adjunto **(ANEXO 6)**.

AL PRESUPUESTO SE DEBERA ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Formulario de Solicitud de Prestaciones, debe estar incluida la prestación presupuestada **SEGÚN ANEXO 3**.
- Formulario FIM **(PRESENTADO)**.
- Habilitación municipal.
- Habilitación de incumbencia (Sanitaria o del Ministerio de Educación) jurisdiccional de acuerdo al tipo de establecimiento.
- Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) categorización y cupo de la institución.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud en caso de corresponder (terapias, estimulación temprana, Rehabilitación/ algún tipo de atención sanitaria de acuerdo a Resolución 496/2014 MSAL).
- Informe de la institución con firma y sello en el cual se detallen los objetivos específicos de trabajo y la evolución actual del caso ORIGINAL.
- Constancia de AFIP.
- Solicitud de Adhesión al régimen de pagos vía transferencia bancaria electrónica. **SOLO EN LOS CASOS DE CAMBIO DE CBU O DE PRESTAR SERVICIOS POR PRIMERA VEZ A BENEFICIARIOS DE ESTA OBRA SOCIAL (ANEXO 16)**

### MODALIDAD DE FACTURACIÓN SEGÚN NUEVOS REQUERIMIENTOS DE ESTA AUDITORIA (VER ANEXO 15)

**DE APLICARSE LA RESOLUCIÓN 1231/19, SU MODIFICATORIA O ALGUNA NUEVA RESOLUCIÓN EMITIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE EL AÑO 2020, ESTA AUDITORIA SOLICITARA DAR CUMPLIMIENTO A LO REQUERIDO/ ESTABLECIDO POR ESTAS.**

## B. PRESUPUESTOS Y DOCUMENTACIÓN PARA PROFESIONALES/ CENTROS DE REHABILITACIÓN

Es indispensable que el Presupuesto sea confeccionado en el formulario adjunto (ANEXO 7).

Los beneficiarios de hasta 3 (tres) años de edad que requieran terapias de rehabilitación brindadas por profesionales individuales, deberán tener un abordaje interdisciplinario y contar con el título de especialización en Estimulación Temprana (al menos uno de los integrantes del equipo tratante). Si las terapias las brinda un centro, este deberá estar categorizado para tal fin.

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Formulario de Solicitud de Prestaciones, debe estar incluida la prestación presupuestada **SEGÚN ANEXO 3**
- Título habilitante definitivo con certificaciones ministeriales (Los certificados analíticos no son reconocidos como título habilitante). **COPIA DEL FRENTE Y REVERSO.**
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud/ Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) categorización y cupo del centro.
- Constancia de AFIP.
- Informe del o los profesionales con firma y sello en el cual se detallen los objetivos específicos de trabajo y la evolución actual del caso **ORIGINAL.**
- Solicitud de Adhesión al régimen de pagos vía transferencia bancaria electrónica. **SOLO EN LOS CASOS DE CAMBIO DE CBU O DE PRESTAR SERVICIOS POR PRIMERA VEZ A BENEFICIARIOS DE ESTA OBRA SOCIAL (ANEXO 16).**

Esta auditoría no autorizará, ni abonará dos o más sesiones para un mismo profesional en el mismo día. Tampoco serán autorizadas ni abonadas aquellas sesiones que sean brindadas en **DÍAS FERIADOS NACIONALES.**

### MODALIDAD DE FACTURACIÓN SEGÚN NUEVOS REQUERIMIENTOS DE ESTA AUDITORIA (VER ANEXO 15)

LOS PROFESIONALES QUE BRINDEN PRESTACIONES A BENEFICIARIOS DE ESTA OBRA SOCIAL DEBERÁN PRESENTAR SIN EXCEPCIÓN INSCRIPCIÓN VIGENTE EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP) -COPIA- ART. 29 -LEY 23.661

**DE APLICARSE LA RESOLUCIÓN 1231/19, SU MODIFICATORIA O ALGUNA NUEVA RESOLUCIÓN EMITIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE EL AÑO 2020, ESTA AUDITORIA SOLICITARA DAR CUMPLIMIENTO A LO REQUERIDO/ ESTABLECIDO POR ESTAS.**

### C. MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR / MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO

Es indispensable que el Presupuesto sea confeccionado en el formulario adjunto (ANEXO 8).

En caso de ser profesionales independientes, deberán contar con título de Maestro/a especial, Psicopedagogo/a, Psicólogo/a habilitado por el Ministerio de Educación de cada jurisdicción.

AL PRESUPUESTO SE DEBERA ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Formulario de Solicitud de Prestaciones, debe estar incluida la prestación presupuestada **SEGÚN ANEXO 3**
- Título habilitante definitivo con certificaciones ministeriales (en los casos de profesionales individuales) **COPIA DEL FRENTE Y REVERSO**.- Si la prestación es brindada por un Lic. En Psicología, deberá presentar el Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente.
- Inscripción de la institución en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).
- Acta Acuerdo según formulario vigente, la misma deberá contar con todas las firmas y datos solicitados **(ANEXOS 11/ 12) FECHA TOPE DE ENTREGA 30/03/2020.**
- Proyecto Pedagógico de Integración (PPI). Es requisito indispensable para autorizar esta prestación. El mismo debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos a alcanzar y debe contar con firma y sello de la profesional independiente que realiza la integración y/o de la institución que cede a la maestra integradora. **FECHA TOPE DE ENTREGA 30/03/2020.**
- Certificado de alumno regular/ Certificado de concurrencia correspondiente al ciclo lectivo 2020 **ORIGINAL.**
- Constancia de AFIP.
- Solicitud de Adhesión al régimen de pagos vía transferencia bancaria electrónica. **SOLO EN LOS CASOS DE CAMBIO DE CBU O DE PRESTAR SERVICIOS POR PRIMERA VEZ A BENEFICIARIOS DE ESTA OBRA SOCIAL (ANEXO 16).**

#### MODALIDAD DE FACTURACIÓN SEGÚN NUEVOS REQUERIMIENTOS DE ESTA AUDITORIA (VER ANEXO 15)

**DE APLICARSE LA RESOLUCIÓN 1231/19, SU MODIFICATORIA O ALGUNA NUEVA RESOLUCIÓN EMITIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE EL AÑO 2020, ESTA AUDITORIA SOLICITARA DAR CUMPLIMIENTO A LO REQUERIDO/ ESTABLECIDO POR ESTAS.**

## D. PRESUPUESTOS Y DOCUMENTACIÓN PARA TRANSPORTE

CABE ACLARAR QUE ESTA OBRA SOCIAL BRINDA DICHA COBERTURA A TODOS AQUELLOS BENEFICIARIOS QUE POR SU PATOLOGÍA NO PUEDAN HACER USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO. DE CUMPLIRSE CON LO EXPUESTO ANTERIORMENTE, ESTA PRESTACIÓN SE DARÁ AL BENEFICIARIO **DESDE SU DOMICILIO Y HASTA LOS DOMICILIOS EN DONDE SE REALIZAN EL/ LOS TRATAMIENTOS Y/O INSTITUCIONES EDUCATIVAS CUBIERTOS POR OSPOCE**, CON SU CORRESPONDIENTE REGRESO.

Es indispensable que el presupuesto lo confeccione la empresa de transporte utilizando el formulario adjunto, uno por cada recorrido (ANEXO 9).

En los casos que se trasladen hermanos a los mismos destinos y en los mismos horarios, esta auditoría reconocerá un solo traslado desde el domicilio hasta el lugar de atención; Quedan exceptuados de este mecanismo las empresas de transporte escolar y aquellos que presenten la habilitación correspondiente a Traslados Especiales (habilitación de traslados para personas con discapacidad).

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Formulario de Solicitud de Prestaciones, debe estar incluida la prestación presupuestada SEGÚN **ANEXO 3**
- Solicitud de Transporte original (**ANEXO 4**).
- Formulario FIM (**PRESENTADO**).
- Habilitación vigente ya sea como Agencia de Remis, Transporte Escolar, Transporte Especial.
- Póliza de seguro vigente.
- Constancia de geolocalización que acredite la distancia recorrida (Ej.: Google maps).
- Constancia de AFIP.
- Solicitud de Adhesión al régimen de pagos vía transferencia bancaria electrónica. **SOLO EN LOS CASOS DE CAMBIO DE CBU O DE PRESTAR SERVICIOS POR PRIMERA VEZ A BENEFICIARIOS DE ESTA OBRA SOCIAL (ANEXO 16)**.

### DETALLE DEL PRESUPUESTO – UN PRESUPUESTO POR RECORRIDO

Período del servicio (Ej.: Enero a diciembre 2020).

- Destino: Debe indicar que terapia realiza en dicho domicilio (Ej.: Presupuesto 1 Psicología).
- Domicilio de partida: Debe especificar calle, número, localidad exacta donde comienza el viaje (Ej.: domicilio del afiliado, domicilio de la escuela, etc.).
- Domicilio de llegada: debe especificar calle, número, localidad exacta donde termina el viaje.
- Cantidad de viajes totales al mes.
- Cantidad de kilómetros por viaje.
- Cantidad de kilómetros mensuales por recorrido.
- Valor del kilómetro.
- Valor total del recorrido.

**DEPENDENCIA:** Debe marcar con un círculo la opción correspondiente (Ej.: adicional dependencia SI / NO en caso de marcar SI detallar el valor del kilómetro con la dependencia incluida).

**EL ADICIONAL POR DEPENDENCIA SE RECONOCERÁ PARA AQUELLOS BENEFICIARIOS QUE REQUIERAN ASISTENCIA DE TERCEROS PARA SU MOVILIZACIÓN Y/O TRASLADOS.- SEGÚN RESOLUCIÓN 428/1999.**

**TODOS LOS BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD DEBERÁN VIAJAR ACOMPAÑADOS DE UN MAYOR RESPONSABLE.**

**TODOS LOS VALORES ESTABLECIDOS KILOMETRAJE – IMPORTES EN PESOS DEBEN SER EXACTOS. NO CORRESPONDE RECORTAR/ REDONDEAR DECIMALES.**

**EN AQUELLOS TRASLADOS A INSTITUCIONES EDUCATIVAS, SÓLO SE RECONOCERÁN LOS VIAJES REALIZADOS EN DÍAS HÁBILES (DE LUNES A VIERNES, NO FERIADOS).**

**MODALIDAD DE FACTURACIÓN SEGÚN NUEVOS REQUERIMIENTOS DE ESTA AUDITORIA (VER ANEXO 15)**

## MODALIDAD DE COBRO

Vía transferencia a Bancaria a cuenta propia, no de terceros.

Para acceder a esta modalidad de cobro todos los **PRESTADORES/ PROFESIONALES / INSTITUCIONES** deberán enviar el formulario de adhesión completo (**ANEXO 16**), comprobante de CBU emitido por la entidad bancaria, de cajero automático o home banking vía mail a **contable@ospoce.com.ar**

El formulario de adhesión a transferencias bancarias podrá ser solicitado a través del call center **0800-321-6776**, vía mail a **contable@ospoce.com.ar** o descargarlo de la página web de OSPOCE **www.ospoce.com.ar**

**POR DISPOSICIÓN/COMUNICADO DEL BCRA, A PARTIR DEL 16/09/2016 LA CÁMARA COMPENSADORA ELECTRÓNICA -COELSA- COMENZÓ A VALIDAR PARA LAS TRANSFERENCIAS, CURSADAS A OTRAS ENTIDADES, LA COINCIDENCIA ENTRE LA CBU Y EL CUIT/ CUIL/ CDI DEL BENEFICIARIO/ INSTITUCIÓN.**

**AQUELLAS OPERACIONES QUE NO LOGREN PASAR LA VALIDACIÓN SERÁN RECHAZADAS POR ESTA CÁMARA.  
(DEBERÁ COINCIDIR LA TITULARIDAD DE LA CUENTA BANCARIA CON EL TITULAR/ INSTITUCION/**

**EN LOS CASOS QUE, UNA VEZ AUTORIZADA LA PRESTACIÓN, NO PRESENTEN LA FACTURA DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR ESTA AUDITORIA, SOLO SE RECONOCERÁ LA FACTURACION RETROACTIVA A 3 (TRES) PERIODOS DEL MES CALENDARIO EN CURSO.**

**ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PRESTADOR/INSTITUCIÓN ENTREGAR LA FACTURA EN TIEMPO Y FORMA PARA DAR INICIO AL PROCESO DE PAGO.**

Para una mejor comunicación entre esta auditoría y quienes facturen prestaciones por Discapacidad contamos con el correo electrónico **fcpdiscapacidad@ospoce.com.ar**



## FORMULARIOS A COMPLETAR PARA PRESENTAR LA CARPETA 2020

### ESTOS FORMULARIOS TIENEN CARÁCTER DE DOCUMENTO

Los mismos deben ser impresos en una carilla (no se recibirán formularios impresos en doble faz). Deben completarse utilizando siempre el mismo color de tinta (TODO EN TINTA NEGRA O TINTA AZUL). No se recibirán formularios que estén confeccionados con dos o más colores de tinta, que estén tachados, o tengan enmiendas.

En aquellos casos en que la impresión de estos formularios se realice en varias hojas, todas y cada una deberán estar selladas y firmadas por quien corresponda (Médico tratante, profesional, prestador, beneficiario, responsable, etc.).

- Resumen de Historia Clínica. **(ANEXO 1)**
- Informe Médico. **(ANEXO 2)**
- Solicitud de Prestaciones. **(ANEXO 3)**
- Solicitud de Transporte. **(ANEXO 4)**
- Cronograma de asistencia. **(ANEXO 5)**
- Presupuesto Instituciones con Consentimiento. **(ANEXO 6)**
- Presupuesto Especialidades con Consentimiento. **(ANEXO 7)**
- Presupuesto Integración Escolar con Consentimiento. **(ANEXO 8)**
- Presupuesto Transporte con Consentimiento. **(ANEXO 9)**
- Formulario FIM. **(ANEXO 10)**
- Acta Acuerdo Integración- Para Módulo de Apoyo a la Integración Escolar. **(ANEXO 11)**
- Acta Acuerdo Integración- Para Módulo de Maestro de Apoyo. **(ANEXO 12)**
- Planilla de Asistencia de Prestación Mensual. **(ANEXO 13)**
- Conformidad de Traslados. **(ANEXO 14)**
- Modalidad de Facturación. **(ANEXO 15)**
- Solicitud de Adhesión al Régimen de Pago por Transferencia Bancaria Electrónica. **(ANEXO 16)**