

**OSPEDYC**

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ENTIDADES  
DEPORTIVAS Y CIVILES



MANUAL DE PROCEDIMIENTO – DISCAPACIDAD 2015

## **DISCAPACIDAD 2015**

# **INSTRUCTIVO PARA BENEFICIARIOS**

**CONSTANCIA DE ENTREGA DE REGLAMENTO PARA  
PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD**

En mi carácter de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Benef. N° \_\_\_\_\_, declaro  
bajo juramento haber leído, comprendido y aceptado todos y cada  
uno de los términos del Reglamento para Prestaciones de  
Discapacidad que me ha sido entregado.

En particular, tomo conocimiento de los requerimientos de la OSPEDYC  
para la auditoría y eventual autorización de las prestaciones de  
discapacidad, y de la existencia de una cartilla de prestadores  
contratados por la red de Ospedyc. En función de ello, he tomado  
conocimiento que todo servicio que solicite fuera de la red de  
prestadores de OSPEDYC, podrá ser contratado por ésta obra social, a  
su exclusivo criterio.

Asimismo, me comprometo a prestar la colaboración que me sea  
requerida por OSPEDYC a fin de determinar el alcance, la exactitud y  
calidad de las prestaciones brindadas por los distintos efectores. En ese  
sentido, declaro bajo juramento la veracidad de toda constancia que  
cuenta con mi firma y/o la de otro/s integrante/s del grupo familiar  
(tales como control de presentismo, kilómetros recorridos en transporte,  
destino de prestación, etc.).

Tomo conocimiento que **toda violación a la normativa interna de la  
obra social y/o de la legislación vigente, así como la inexactitud de  
cualquier documentación en la que haya formado parte, será  
considerada como falta grave**, la cual podrá dar lugar a la suspensión  
de servicios, así como a las correspondientes acciones civiles o  
penales que la OSPEDYC considere procedentes.

Firma	Aclaración
Fecha ____/____/____	

## IMPORTANTE

### CURSO ADMINISTRATIVO DEL EXPEDIENTE.

La presentación de la documentación para solicitar la cobertura de las prestaciones de Discapacidad deberá realizarse en la SECCIONAL/CENTRO MEDICO CORRESPONDIENTE al Beneficiario, con excepción de los beneficiarios con domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires quienes deberán presentar la documentación en Sede Central sita en Alberti 646.

Una vez recibido el expediente por el Sector Discapacidad, el personal administrativo procederá a:

1. Enviarlo a la Auditoria en Discapacidad, la cual lo analizará, modulará y autorizará según corresponda dentro de las prestaciones nombradas en el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de atención a personas con Discapacidad.
2. En caso de ser necesario **el equipo de Auditoras podrá citar a los padres del beneficiario para evaluar el caso en forma particular y determinará la posibilidad o no de realizar una evaluación por un Centro especializado determinado por la Obra Social para tal fin.**
3. Los expedientes por cobertura de prestaciones de Discapacidad **caducarán cada 31 de diciembre del año** en que fueron solicitados, **debiéndose retirar nuevamente el INSTRUCTIVO VIGENTE para la renovación del Expediente del próximo año.**
4. Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.
5. Los presupuestos deberán ser presentados una vez que se han autorizado las prestaciones, ya que el departamento de gestión autorizará las prestaciones solicitadas ajustadas a la legislación vigente y a la auditoria médica.
6. La documentación será recibida los días martes a viernes en los horarios de:

\* 10 a 12 hs.

y

\* 16 a 18 hs.

## **1. OBJETIVO**

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un trámite de cobertura por discapacidad en OSPEDYC.

### **NORMATIVAS GENERALES – IMPORTANTE**

Toda documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSPEDYC se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la SSS u otro organismo competente.

No se recibirá documentación parcial para iniciar los trámites, los expedientes serán abiertos con toda la documentación requerida para armar cada legajo de acuerdo a lo informado en este instructivo.

OSPEDYC efectuará las auditorías que considere necesarias a efectos de controlar la prestación recibida por el afiliado. En caso de que OSPEDYC tome conocimiento de que se han facturado prestaciones y/o servicios que no han sido recibidos por el afiliado, se realizarán las pertinentes denuncias ante los organismos de contralor, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que pudieren corresponder. El prestador infractor, los familiares del paciente y terceros involucrados en la conducta ilegal, serán responsables por los daños y perjuicios ocasionados.

## **2. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DEL TRÁMITE POR DISCAPACIDAD**

La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 días al inicio de la prestación requerida.

### **2.1 Lineamientos generales**

- Sólo puede iniciarse trámites por Discapacidad para beneficiarios mayores de un (1) año de edad.
- Toda la documentación requerida para solicitar el alta de un trámite por discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales.
- El trámite por Discapacidad debe realizarse en la Seccional o Centro Médico correspondiente a cada beneficiario, solo serán recepcionados en Área Discapacidad de OSPEDYC Central los trámites correspondientes a beneficiarios de Seccional Buenos Aires.
- Los trámites por discapacidad caducarán el 31 de diciembre de cada año en que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación para el nuevo año.

- Toda la documentación debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, liquid-paper, cambios de tinta y/o letra.

## **2.2 Detalle de la documentación a presentar**

Beneficiarios DIRECTOS deben presentar fotocopia de recibo de sueldo (antigüedad no mayor a 60 días a la fecha de inicio de la prestación)

Beneficiarios MONOTRIBUTISTAS deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

Beneficiarios JUBILADOS deben presentar Recibo de haberes actualizado.

Beneficiarios con FONDO DE DESEMPLEO deben presentar fotocopia del último recibo de haber en relación de dependencia y el último comprobante de cobro.

### ***Nota manuscrita de solicitud de subsidio del beneficiario titular.***

La nota debe ser manuscrita, en original y contener los siguientes datos:

- Fecha (La misma deberá ser anterior al inicio del periodo solicitado de cobertura).
- Período solicitado de la prestación (meses del año para los cuales se solicita la o las prestaciones). Ejemplo: De Febrero a Diciembre del 2015.
- Domicilio particular, código postal, teléfono particular, celular y/o laboral del beneficiario, actualizados a efectos de facilitar la comunicación.
- Firma del beneficiario titular con aclaración y DNI al pie de la misma.
- Modalidad: Ejemplo: EGB, CET, Centro de día, etc., indicando tipo de jornada, para Atención Ambulatoria se deberá indicar cada terapia con su frecuencia de atención (Ej, Fonoaudiología 3 veces por semana)
- En caso de solicitar transporte especial para la asistencia a tratamientos, por favor, consignar en la nota los días en que el traslado se realiza por ese medio y si algún día se utiliza algún medio de transporte alternativo (Por ejemplo: los martes el viaje se realiza en el auto particular de un familiar).

### **Fotocopia de D.N.I. y Constancia de CUIL .**

Se deberá adjuntar fotocopia de las dos primeras hojas del DNI/LE/LC/CI/PAS, según corresponda del beneficiario titular y del causante y constancias de CUIL.

### **Formularios**

El beneficiario titular deberá completar el siguiente formulario en original:

- Formulario de datos generales – (Anexo I)
- Formulario: ENCUESTA SOCIAL (Anexo II)
- Formulario – Complemento Encuesta Social – (Anexo II )

### **Fotocopia del certificado de discapacidad.**

Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 –Ley 22.431/87).

En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, **NO** podrá presentar trámite solicitando cobertura por Discapacidad.

No será válida la gestión de cobertura por Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad.

No se serán válidos los Certificados presentados que omitan o contengan errores en su confección si no se encontraran debidamente salvadas por un representante del órgano emisor, con su correspondiente firma y sello.

La fotocopia presentada debe ser legible en su totalidad.

En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad, pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

En el caso de ser un CUD transitoria debe tener fecha vencimiento, y en el caso de ser permanente se considera válido hasta 10 años después de la fecha de emisión.

## **Resumen de historia clínica Anexo XIV**

- El mismo debe ser **original**.
- Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario causante y actualizado. A su vez, deberá estar completa y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto.
- Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación.
- La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.
- Debe ser confeccionado por médico pediatra, neurólogo, psiquiatra, fisiatra o cualquier otra especialidad relacionada con la patología del paciente).

**El anexo XV** Será completado por el médico auditor de la obra social.

## **Prescripción médica.**

- La misma debe ser **original**.
- La fecha de emisión debe ser **anterior** al período solicitado para la prestación (*Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/15, la fecha debe ser 29/02/15 o anterior*).
- Debe indicar el/los diagnósticos.
- Debe indicar el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). (*Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2015.*)
- La firma y el sello del profesional deben ser legibles.
- Si se solicitan prestaciones ambulatorias por sesión, debe indicar **especialidad** y **cantidad semanal o mensual de sesiones** requeridas para cada una de ellas.
- Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el **tipo de jornada** (simple o doble).
- En caso de solicitar **dependencia**, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM. (ver Anexo X)
- La prescripción del tratamiento **NO** puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- La fecha de emisión de la prescripción no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en la misma.
- Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

## **Consentimiento Informado Bilateral**

- Se adjuntan varios modelos que deberán utilizarse según la prestación brindada – Anexo XII y XIII
- Debe ser completado en su totalidad.
- Con firma y aclaración del beneficiario o responsable a cargo, aclarando grado de parentesco
- Con firma y sello del profesional tratante.
- Deben consignar la fecha de firma.
- No puede haber cambios de letra y/o tinta

## **Presupuestos**

El mismo debe ser **original**, acompañando Constancia de Inscripción en AFIP ([www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar)) – La misma queda sujeta a la verificación efectuada el día del alta del prestador y de la emisión de la autorización.

Los presupuestos deberán contener el detalle de los días, horarios de atención y duración de la prestación. Los mismos serán imprescindibles al momento del análisis del caso para su autorización y cualquier modificación que se realice deberá ser notificada y autorizada para evitar débitos futuros.

## **Presupuesto para instituciones y/o profesionales tratantes**

- Modelo Instituciones Educativas (Anexo III )
- Modelo Instituciones (Anexo IV )
- Modelo Tratamientos / Maestro de Apoyo (Anexo V)

*Debe contener los siguientes datos del prestador:*

- Razón Social
- Domicilio de atención
- Teléfono de contacto
- Condición frente al IVA
- Número de CUIT
- Número de Ingresos Brutos.
- CBU al que deben ser transferidos los pagos.
- Tipo de Cuenta y Banco
- Firma y sello de la persona responsable de la institución prestadora y/o de los profesionales tratantes.

### **Presupuesto de transporte.**

- Modelo Transporte (Anexo VI )
- Se debe presentar un presupuesto por destino acompañando el mismo de la impresión de google maps que determine la cantidad de kilómetros a recorrer (será verificado y autorizado el recorrido más corto).

*Debe contener los siguientes datos del prestador:*

- Nombre de la empresa o del transportista.
- Domicilio
- Teléfono de contacto
- CBU al que deben ser transferidos los pagos.
- Tipo de Cuenta y Banco
- Número de CUIT.
- Número de Ingresos Brutos.
- Condición frente al IVA.
- Compañía aseguradora.
- N° Poliza e importe de la misma.

#### **4. DEPENDENCIA**

Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulación, conforme el índice de independencia funcional (FIM) – Anexo X

El FIM no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

#### **Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia para las modalidades**

- Centro de Día
- Centro Educativo Terapéutico
- Hogar
- Hogar con Centro de Día
- Hogar con Centro Educativo Terapéutico
- Transporte

y en los casos en que se encuentre debidamente justificado.

## **5. CAMBIO DE PRESTADOR**

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con cobertura por discapacidad ya otorgado, se deberá remitir, dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad:

Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio.

- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- Firma, aclaración y número de documento del titular

Documentación pertinente al nuevo prestador - Presupuesto, Consentimiento, Nuevo Proyecto de trabajo con objetivos, Acta acuerdo, Título habilitante, inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o categorización de la institución, etc (según corresponda a la modalidad).

## **6. CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO**

### **CAMBIO DE TIPO DE BENEFICIARIO - RELACIÓN DE DEPENDENCIA A MONOTRIBUTO.**

Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la relación laboral.

Como beneficiario MONOTRIBUTISTAS deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago desde la finalización de la relación laboral.

### **CASOS DE FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO CAUSANTE.**

Certificado de defunción.

Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento.

### **ABANDONO DEL TRATAMIENTO.**

Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.

### **NO CONCURRENCIA DEL BENEFICIARIO.**

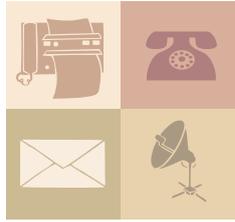
Nota manuscrita realizada por el titular de la Obra Social, especificando los motivos de la no concurrencia.

## **7. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA**

- En caso de no cumplimentar con la totalidad de la documentación necesaria para el alta del subsidio, o hacerlo en forma incompleta o incorrecta, se procederá al reclamo de los faltantes. Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación escrita desde el Sector de Discapacidad a fin de darle curso correspondiente al expediente.
- Si el trámite se originó en una Seccional o Centro Médico, la notificación será remitida a la misma por correo interno. Si se trata de un beneficiario de Seccional Buenos Aires y su trámite se haya recepcionado en Casa Central, la notificación será remitida por correo al domicilio declarado.
- A los efectos de cumplimentar dicho requerimiento, la documentación deberá presentarse en Alberti 646 3er. piso – Área Discapacidad - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## IMPORTANTE

- LA FACTURACIÓN DEBE SER MENSUAL
- EN NINGÚN CASO SE RECEPCIONARÁN FACTURAS TIPO "A"
- NO SE ACEPTARÁN FACTURAS O RECIBOS QUE CONTENGAN MAS DE UN BENEFICIARIO O MAS DE UN PERÍODO FACTURADO.
- NO SE ACEPTARÁN FACTURAS O RECIBOS QUE CONTEGNAN ENMIENDAS O TACHADURAS NO SALVADAS CORRECTAMENTE.
- DEBERAN RESPETAR LA CORRELATIVAD DEL N° DE FACTURA CON RELACIÓN AL MES FACTURADO Y A LA FECHA DE EMISIÓN, NO HACERLO IMPLICARA EL RECHAZO DE LA FACTURA.
- CADA 3 MESES SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA FACTURA UN INFORME EVOLUTIVO ESPECÍFICO DEL BENEFICIARIO, ELABORADO POR LA INSTITUCIÓN Y/O PROFESIONAL. EL MISMO SERÁ EVALUADO POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD DE LA OBRA SOCIAL.
- LA OBRA SOCIAL REALIZARÁ DURANTE EL TRANCURSO DEL AÑO AUDITORIAS A INSTITUCIONES, PROFESIONALES Y EMPRESAS DE TRANSPORTE.
- NO SE AUTORIZARAN PRESTACIONES EN ESTABLECIMIENTOS O CENTROS QUE NO ESTÉN INSCRIPTOS EN EL RNP DEPENDIENTE DE LA SSSalud Y EN EL SUR Y/O QUE TENGAN SU INSCRIPCIÓN EN TRÁMITE Y QUE NO POSEAN LA HABILITACIÓN PARA FUNCIONAR COMO TALES EXPEDIDA POR AUTORIDAD COMPETENTE.
- NO SE AUTORIZAN PRESTACIONES CON FECHA ANTERIOR AL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.
- LAS PRESTACIONES DE APOYO SOLO SERÁN ACEPTADAS COMO COMPLEMENTO DE UNA PRESTACIÓN PRINCIPAL EDUCATIVA O DE REHABILITACIÓN.
- EL TIEMPO MAXIMO RECONOCIDO POR SESIÓN DE TRATAMIENTO EN EL MODULO DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA ES DE 45-60 MINUTOS.
- SE CONSIDERARÁ 1 SESIÓN POR CADA DÍA DE ASISTENCIA.



## AREA DISCAPACIDAD

### EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

OSPEDYC Conmutador (011) 5353-3500  
Directo (011) 5199-0203  
Mail [gestiondiscapacidad@ospedyc.org.ar](mailto:gestiondiscapacidad@ospedyc.org.ar)

### SECTOR RECUPERO SUR – DISCAPACIDAD

OSPEDYC Conmutador (011) 5353-3500  
Directo (011) 5353-3576/3546  
Mail [discapacidad@ospedyc.org.ar](mailto:discapacidad@ospedyc.org.ar)