

Instructivo Prestaciones Discapacidad 2024

GENERALIDADES

El trámite será anual y a partir del 01/12/2023 comenzaremos la recepción de documentación hasta el 29/02/2024 para todas las modalidades prestacionales que sean a partir del mes de marzo. En caso de las Escuelas Especiales y Apoyo a la Integración Escolar se podrán presentar los Certificados de alumno regular y las Acta Acuerdo hasta el 2do. mes del ciclo lectivo, cuyo límite será el 30/04/2024.

De acuerdo a las normativas vigentes para poder acceder a las prestaciones que se brindan dentro del programa de discapacidad es IMPRESCINDIBLE contar con un Certificado Único de Discapacidad emitido por autoridad competente vigente.

La **fecha de emisión** de la documentación (prescripción médica, resumen de historia clínica, plan de integración, acta acuerdo entre escuela/prestador, informe social, certificado de alumno regular o concurrencia al centro educativo, consentimientos de planes de tratamiento y diagrama de transporte) y la aprobación de tratamientos por parte de la Obra Social deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera facturación de los mismos.

Todo **presupuesto** debe ser presentado y contener (según corresponda):

- Razón Social, domicilio completo de atención, teléfono, e-mail, firma y sello.
- Condición frente al IVA.
- Número de CUIT.
- Número de Ingresos Brutos.
- Nombre, Apellido, DNI y N° de Afiliado del beneficiario.
- Modalidad de prestación.
- Detalle del tipo de jornada con categoría.
- Indicar el período en el cual se cubrirá la prestación.
- Detalle de días de la semana de atención.
- Cantidad de sesiones al mes.
- Importe por sesión / viaje.
- Importe mensual.
- Para transporte agregar: dirección de partida y destino, cantidad de viajes por día y mensual, cantidad de kilómetros recorridos por viaje y total al mes, indicar dependencia (si corresponde).

En caso de incorporarse una **nueva prestación y/o realizar una modificación** sobre un trámite en curso, la misma debe gestionarse con la siguiente documentación:

- Pedido Médico con la nueva prestación.
- Resumen de historia clínica con la justificación del cambio.
- Documentación pertinente al nuevo prestador (Inscripción en el RNP, Categorización, Acta Acuerdo, Cronograma, Plan de tratamiento y/o abordaje, Informe Social, etc) según corresponda.

- Presupuesto.
- Consentimiento informado correspondiente.
- Dependencia, si corresponde.
- CBU, constancia de inscripción AFIP.

Todo prestador deberá acreditar su **categorización** definitiva (Escuelas Especiales, CET, Centro de Día, Hogares, Equipo de Integración Escolar) o estar inscripto en el Registro Nacional de Prestadores (Centros de Rehabilitación y Estimulación Temprana).

Maestra de Apoyo se solicita título habilitante como docente o psicopedagoga/o y certificado analítico de materias.

El profesional que brinde la modalidad de Maestro de Apoyo no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

La facturación debe presentarse:

- ✓ En forma mensual.
- ✓ Adjuntar copia de la autorización correspondiente.
- ✓ A nombre de la Obra Social de Músicos, CUIT 30-60657525-0, Av. Belgrano 3655 Código Postal 1210 CABA.
- ✓ Con los siguientes datos:
 - Nombre, Apellido, DNI y N° Afiliado del beneficiario.
 - Prestación brindada.
 - Modalidad, jornada y categoría.
 - Período de prestación.
 - Cantidad de sesiones (si corresponde).
 - Dependencia (si corresponde).
 - Valor de cada sesión (si corresponde).
 - Valor total mensual.
- ✓ **Para Transporte:**
 - Dirección de partida y destino.
 - Cantidad de viajes por día.
 - Total de viajes en el mes.
 - Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
 - Total de kilómetros recorridos en el mes.

Recibo cancelatorio debe estar dirigido a la Obra Social de Músicos y contener:

- El número de factura que cancela.
- Si es global: el detalle de todas las facturas que cancela y su importe en individual.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas (si corresponde).
- Detalle de transferencia y fecha de la misma 3.
- Total del recibo.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

Si el pago estuvo **afectado a débitos** se deberá adjuntar fotocopia de planilla de ajuste con motivo e importe.

Si el pago estuvo **afectado a retenciones** de impuestos se deberá adjuntar fotocopia de los comprobantes de retención.

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Certificado de Discapacidad (vigente).

Fotocopia del DNI del beneficiario.

MÉDICO PRESTACIONAL

Resumen de Historia Clínica (anual):

- Sin enmiendas, ni tachaduras.
- Confeccionado por el Médico de Cabecera/Tratante (pediatra, neurólogo, psiquiatra, etc.)
- La fecha de confección debe coincidir con la que figura en las órdenes médicas y el consentimiento informado.
- Nombre, Apellido, DNI y N° de Afiliado del beneficiario.
- Diagnóstico (según CUD).
- Historia Clínica de discapacidad, evolución del tratamiento en el último año y estado actual del paciente. Incluir las intervenciones terapéuticas y/o educativas previas, plan terapéutico y farmacológico si lo hay.

Prescripción médica:

- Por médico tratante.
- Sin enmiendas.
- Se solicitará la prestación individual en caso que no sean más de dos, de lo contrario deberá figurar el módulo integral simple o intensivo.
- Nombre, Apellido del afiliado, DNI, N° Afiliado y Diagnóstico según CUD.
- Con firma y sello del médico tratante, tipo y número de matrícula legible.
- Con fecha anterior al período solicitado.
- La prescripción médica NO deberá ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- Para cada prestación o concepto prescripto se debe indicar el período.
- Prestaciones ambulatorias se debe indicar especialidad, cantidad de sesiones semanales y período de la prestación.
- Prestaciones con concurrencia a Instituciones especificar modalidad (EGB, CET, Centro de Día, etc), el tipo de jornada (simple o doble) y el Período.
- Apoyo a la Integración Escolar: (si está a cargo de una institución).
- Módulo Maestro de Apoyo (si está a cargo de un profesional independiente, docente o psicopedagogo).
- Transporte: solo a patologías motoras. En caso de patologías mentales deberá estar justificado hacia situaciones emocionales (conducta disruptiva en espacios públicos, fobias, etc.), o familiares (trabajo de ambos padres o familia monoparental).
- Dependencia: debe consignarse en el Resumen de Historia Clínica y la Prescripción Médica. Debe estar fundamentada conforme al índice FIM. Se contempla en Centro de Día, Hogares CET y Transporte. NO se contempla en Escolaridad Especial, Estimulación Temprana, Apoyo a la Integración Escolar, Módulo Ambulatorio, Prestación de Apoyo.

Consentimiento Informado: El Plan de tratamiento y/o abordaje, debe ser individual estar firmado por el beneficiario o representante y por los prestadores de cada prestación brindada. En caso de transporte debe contener el diagrama del traslado con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje.

INSTITUCIONES

Estimulación Temprana:

- Cronograma de actividades semanal.
- Plan de tratamiento anual con objetivos de todas las áreas personalizado.
- Consentimiento Informado.
- Presupuesto.

Escuela Especial, CET, Centro de Día:

- Plan de abordaje / Proyecto de tratamiento anual con objetivos de trabajo personalizado.
- Constancia de Alumno Regular.
- Constancia de concurrencia mensual (se puede presentar con la facturación).
- Constancia de asistencia suscripta por el Director o Representante legal, avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI del familiar.
- Presupuesto: indicar modalidad de prestación y tipo de jornada (aclarar si se brinda el servicio de comedor).
- Habilitación y categorización de la Institución.
- Consentimiento Informado.

Módulos de Apoyo en Integración Escolar y 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 entre la familia, la escuela y maestro integrador.
- Constancia de Alumno Regular de la escuela común con horario de concurrencia y dirección.
- Presupuesto.
- Consentimiento Informado Bilateral.
- Cronograma semanal de asistencia.

Hogar y Pequeño Hogar:

- Informe social que avale la necesidad del módulo, emitido por Licenciado en Trabajo Social que NO pertenezca a la Institución que brinda el tratamiento.
- Cronograma de actividades por servicio (en caso de brindarse Hogar con otra prestación, ej. Hogar con Centro de Día).
- Plan y/o Proyecto de tratamiento anual con objetivos de trabajo personalizado.
- Consentimiento Informado suscripto por la Institución y la familia (debe indicar período, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc. según corresponda).
- Constancia de asistencia suscripta por el Director o Representante Legal, avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI del familiar.
- Presupuesto.

Dependencia:

- Hogares, Centro de Día, CET y Transporte.
- Consignarlo en el presupuesto.
- Fundamentado por Tabla FIM y Justificación (se adjuntan formularios).

Constancia de **CBU** correspondientes a las razones sociales de los prestadores.

Constancia de **Inscripción en la AFIP.**

PROFESIONALES

Psicomotricistas, Psicopedagogos, Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales, Kinesiólogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Maestro de Apoyo

Título habilitante.

Inscripción en el RNP.

Certificado analítico de materias del Docente o Psicopedagogo que brinde Maestro de Apoyo.

Presupuesto anual.

Plan de abordaje/ Proyecto de tratamiento con objetivos de trabajo personalizado.

Consentimiento Informado Bilateral.

CBU.

Constancia de inscripción en AFIP.

Planilla mensual de asistencia diaria.

TRANSPORTE ESPECIAL

- Pedido médico.
- Resumen de Historia Clínica justificada según déficit motor o conductual.
- Consentimiento Informado.
- Presupuesto original (se debe presentar un presupuesto por destino).
- Póliza del seguro (vigente).
- Licencia de conducir del chofer (vigente).
- Habilitación (vigente).
- Verificación Técnica Vehicular (vigente).
- Mapa recorrido según programa de georeferenciamiento.
- CBU.
- Constancia de inscripción en AFIP.

REHABILITACIÓN

- Pedido médico.
- Resumen de historia clínica.
- Plan de abordaje /Proyecto de trabajo con objetivos terapéuticos.
- Constancia de días y horarios.
- Consentimiento informado suscripto por el beneficiario o representante y la institución, con indicación del período, lugar de atención, tipo de jornada, detalle de días y horarios.
- Presupuesto.
- Constancia de inscripción en el RNP (vigente).
- CBU ☐ Constancia de inscripción en la AFIP.
- Planilla mensual de asistencia diaria.

NOTA:

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

- Podrá ser enviada en formato PDF siempre que cuente con la firma y sello del profesional actuante y además con firma del beneficiario/a o familiar responsable.
- Recordar que es necesario contar en todos los casos con Informe Inicial y luego un informe evolutivo semestral, pudiendo la Obra Social a través de su Auditoria solicitar los informes y/o estudios que considere necesario para la continuidad de los tratamientos.
- Las planillas de asistencia deberán siempre estar firmadas por fecha de atención por beneficiario/a o familiar responsable.

Contáctenos

Departamento de Discapacidad
Mail discapacidad@osdem.org.ar
Tel (011) 7079-0160 Int 105