



**GUÍA DE ACCESO A PRESTACIONES DE
DISCAPACIDAD**

**OBRA SOCIAL DE SERVICIOS
SOCIALES BANCARIOS**

AÑO 2018

INTRODUCCIÓN

Esta Guía tiene por objeto señalar los requisitos necesarios para gestionar la cobertura de prestaciones por **DISCAPACIDAD** correspondiente al año **2018**.

Las solicitudes de prestaciones deberán ser iniciadas siempre en las distintas Sucursales de la O.S.S.S.B. presentado o cumplimentado toda la documentación que se detalla en la presente guía, teniendo en cuenta **siempre que la documentación deberá presentarse completa.**

En el caso de **afiliados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense**, el paciente deberá solicitar en **Turnos Generales (4581-5800)** turno de atención para la **Unidad de Discapacidad de la Policlínica Bancaria** y presentarse el día de la entrevista con la documentación solicitada a continuación, para evaluación y/ o renovación de la prestación solicitada.

IMPORTANTE:

El Decreto 904/2016 del Poder Ejecutivo Nacional instituyó un mecanismo denominado “**Integración**” para el financiamiento directo de las prestaciones de Discapacidad.

Por este motivo, informamos que la facturación de las prestaciones efectuadas a partir del mes de Enero 2018 deberá cumplimentar los requisitos que pasamos a detallar para poder percibir los pagos de las mismas.

La factura deberá ser entregada en Mesa de Entradas de la Obra Social hasta el 15 del mes siguiente al de efectuada la prestación. Superando esta fecha de entrega al plazo de pago que fije la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) se le agregarán treinta días, ya que no podrá ser presentada en tiempo a la SSS e ingresará al mes siguiente.

La **factura o recibo** deberá contar con:

- CUIT y CAE o CAI vigente del prestador
- Deberá ser emitida a nombre de Obra Social Servicios Sociales Bancarios
- Deberá mencionar el CUIT de la OSSSB: **30-69156146-8** y la posición de la misma frente al IVA: **EXENTO**
- Nombre, Apellido y D.N.I del Beneficiario.
- Período de prestación.
- Prestación brindada, según el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad.
- Modalidad Jornada (doble y simple)
- Categoría del establecimiento.
- Si incluye o no dependencia.

En el caso de **especialidades**:

- Cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas.
- Monto Individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.

En el caso de **transporte** se deberá detallar:

- Dirección de partida y destino
- Cantidad de viajes por día y mensual
- Cantidad de kilómetros por viaje
- Cantidad de kilómetros por mes
- Indicar si incluye dependencia.
- Se deberá adjuntar conformidad del beneficiario, tutor o encargado.

Se deberá tener en cuenta que según indicación de la Superintendencia de Servicios de Salud, la fecha de emisión de los consentimientos de planes de tratamiento, el diagrama de transporte mencionado y la aprobación de los mismos por parte de la Obra Social, deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera facturación de los tratamientos.

En el caso de falta u omisión de lo antes detallado la factura no será recibida en la Obra Social, ya que son los requisitos necesarios dispuestos por la Superintendencia de Servicios de Salud.

COMO DEBERÁ CONFORMARSE UN EXPEDIENTE PARA COBERTURA DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD?

Los expedientes de prestaciones de Discapacidad tienen particularidades propias que los distinguen de otros pedidos de cobertura, por lo que, para evitar demoras innecesarias, le solicitamos **especial atención en la lectura del presente Manual de Procedimientos 2018.**

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL ARMADO DEL EXPEDIENTE:

1.- PRESTACIONES:

- 1.1.- Planilla de Solicitud de prestaciones** (formulario OSSSB) con firma, aclaración y DNI del afiliado titular.
- 1.2.- Planilla de Conformidad** (formulario OSSSB) con los datos completos firmados por titular o representante.
- 1.3.- Planilla de Consentimiento Informado** (formulario OSSSB)
- 1.4.- Fotocopia de DNI titular y paciente**
- 1.5.- Fotocopia de Credencial de O.S.S.S.B. de afiliado titular y paciente.**
- 1.6.- Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad vigente.**
El mismo deberá ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 –Ley 22.431/87). En el caso que el Certificado se encuentre vencido o próximo a vencer, será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad, con la presentación de la constancia del turno para tramitar la renovación del Certificado pero **nunca en casos de primera vez.** No serán válidos los Certificados presentados que omitan o contengan errores en su confección si no se encontraren debidamente salvadas por un representante del órgano emisor, con su correspondiente firma y sello. La fotocopia presentada deberá ser legible en su totalidad.
- 1.7.- Fotocopia de último recibo de haberes** para Afiliados en Relación de dependencia.
- 1.8.- Fotocopia de los últimos 6 (seis) pagos de** en caso de ser **Monotributista o Personal Doméstico y Fotocopia de** inscripción en AFIP.
- 1.9.-Fotocopia de últimos 3 (tres) pagos de cuota** en caso de ser adherente.
- 1.10.- Indicación/es médica/s – VER ESPECIFICACIONES**
- 1.11.-Resumen de Historia Clínica – VER ESPECIFICACIONES**
- 1.12.-Informe médico ampliado de evolución anual** si ya existían previamente prestaciones autorizadas por la Obra Social.
- 1.13.-Objetivos concretos y Plan de tratamiento profesional de cada prestación solicitada** (formulario OSSSB)
- 1.14.- Informe de admisión o evolución anual, según corresponda, de cada prestación solicitada**

- 1.15.- **Título profesional para cada prestación solicitada debidamente legalizado** (No se admitirá en ningún caso títulos en trámite)
- 1.16.- Para prestaciones de **Rehabilitación y Estimulación temprana: Inscripción en Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y fotocopia de habilitación municipal.**
- 1.17.- Para **Centros de Día, Hogares, Centros Educativos Terapéuticos y Equipos de Apoyo a la Integración Escolar** deberán presentar **Categorización emitida por Servicio Nacional de Rehabilitación y/o Junta evaluadora Provincial y fotocopia de habilitación municipal.**
- 1.18.- **Presupuesto/s para cada prestación solicitada con TODOS los campos completos** (formulario OSSSB)
- 1.19.- **Constancia de AFIP actualizada de cada prestador.**
- 1.20.- **Original de Constancia de alumno regular 2017 con vigencia del año en curso si concurre a Escuela Pública o Privada.** En caso de no estar escolarizado, cuando corresponda, se deberá presentar un informe médico justificando los motivos.
- 1.21.- **Para transporte, a lo señalado anteriormente deberá agregarse: Habilitación municipal + seguro + carnet de conductor + mapa Google** o constancia emitida por organismo oficial del kilometraje entre puntos de destino– www.maps.google.com.ar + **Presupuesto** (formulario OSSSB).
- 1.22.- **Para Apoyo a la Integración Escolar, a lo señalado anteriormente se agrega: Adaptaciones curriculares + acta acuerdo con institución escolar** (formulario OSSSB)
- 1.23.- **Medida de Independencia Funcional – FIM para los casos en que sea solicitada “Dependencia”** (formulario OSSSB).
- 1.24.- Original y fotocopia simple, del **presupuesto para el año 2017** con fecha previa al inicio del tratamiento y confeccionado en dos periodos separados: **Enero- Junio / Julio – Diciembre.** Debe aclarar Modalidad Prestacional, Jornada Simple o Doble, Categorización, Importe de la prestación según Resolución vigente y N° de CUIT.
- 1.25.- En caso de **instituciones**, fotocopia de inscripción **en DIEGEP o Ministerio de Salud** según lo que correspondiere,

Se deberán utilizar **EXCLUSIVAMENTE** los formularios de discapacidad OSSSB 2018, incluídos en este instructivo.

2.- REQUISITOS PARA LA CONFECCIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y CONSIDERACIONES POR PRESTACIÓN PARA LA CONFECCIÓN DE DOCUMENTACIÓN:

2.1.- PLANILLA DE SOLICITUD DE COBERTURA PRESTACIONAL:

Deberá presentarse en original y debidamente firmada por el padre, madre, tutor, cónyuge o apoderado del paciente discapacitado **sin tachaduras ni enmiendas.**

2.2. PLANILLA DE CONFORMIDAD DE COBERTURA PRESTACIONAL:

Deberá presentarse en original y debidamente firmada por el **padre, madre, tutor, cónyuge o apoderado del paciente y todos los prestadores intervinientes** en el tratamiento y/o **representante de la institución sin tachaduras ni enmiendas utilizando siempre el mismo bolígrafo.**

2.3. PRESCRIPCIONES MÉDICAS:

NO PUEDEN SER EMITIDAS POR PROFESIONALES DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN

Deberán señalar explícitamente **y en su totalidad** los siguientes ítems (de faltar alguno será devuelta la documentación):

- a) **Nombre, apellido y DNI del paciente.**
- b) **Diagnóstico** (debe coincidir con el diagnóstico que figura en el Certificado de Discapacidad).
- c) **Prestación** (nombre de la prestación - tipo de jornada - cantidad de sesiones semanales por terapia).
- d) **Para educación especial deberá señalar modalidad** (Escuela inicial o pre-primaria, jornada simple o doble - escuela EGB jornada simple o doble-escuela formación laboral / aprestamiento laboral jornada simple o doble).
- e) **Para transporte deberá señalar puntos de destino** (Ej. Desde domicilio del beneficiario a: Escuela, Centros, Instituciones y/o terapias).
- f) **Período de intervención terapéutica/educativa** (Ejemplo: Febrero a Diciembre 2017.)
- g) **Fecha de emisión de la prescripción:** deberá ser del mes inmediato anterior al inicio de la prestación (si la prestación inicia en marzo, la prescripción deberá llevar fecha de febrero).
- h) **Firma y sello del profesional.**
- i) **No puede poseer enmiendas ni tachaduras.**
- j) **No puede señalar nombre del prestador.**
- k) **De no ser confeccionada con letra clara, se solicitará una nueva prescripción.**
- l) **Prestación APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:**
Puede ser brindada por un equipo de profesionales o bien por un profesional licenciado en Psicopedagogía o Profesor/ a en Educación Especial (**Se adjunta Modelo de indicación médica en sección formularios - pág**). **Se destaca que no podrán brindarse simultáneamente apoyo a la integración escolar y escolaridad especial. En caso de coexistir, se priorizará el Apoyo a la Integración Escolar por sobre la Escolaridad.**

- m). No se reconocerá el adicional en concepto de “Alimentación” en ninguna prestación en modalidad “Jornada Doble o con internación”.
- n). La autorización de módulos de “Rehabilitación” inhabilitará la autorización de Prestaciones de Apoyo.

2.4. RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

Deberá estar confeccionada por el médico tratante del beneficiario, en original, actualizada, con letra clara y sin enmiendas. La misma no podrá ser emitida por profesionales de la Institución donde se brindará la prestación. A su vez, deberá estar completa y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto:

- a) **Deberá tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación.** (Ej. Si la prestación comienza el 01/01/18, la fecha deberá ser 28/12/17 o anterior).
- b) **Deberá indicar el período correspondiente para el año solicitado** (meses de concurrencia).Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2018.
- c) **Deberá constar Diagnóstico y datos positivos del examen clínico.**
- d) **Deberá consignar antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas.**
- e) **Deberá describir Parámetros funcionales actuales (mental, motor, sensorial).**
- f) **Deberá también consignar la evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico / Psiquiátrico) en el último año.**
- g) Si se solicitan prestaciones ambulatorias por sesión, deberá **indicar especialidad y cantidad semanal o mensual de sesiones requeridas** para cada una de ellas, pudiendo ser **Módulo integral simple o Modulo Integral Intensivo**. En caso que sea una Prestación por una sola especialidad y como condición de complemento o refuerzo de otra prestación principal distinta de atención Ambulatoria, será **PRESTACION DE APOYO**.
- h) Si se solicita concurrencia a Institución (Escuela Especial, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble).
- i) En caso de solicitar **dependencia**, deberá estar **aclarado y fundamentado en la prescripción. En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje completando la Escala FIM (formulario de OSSSB).**
- j) Informe de evolución 2017.
- k) Plan de tratamiento 2018 en original y fotocopia.
- l) En caso de concurrencia a HOGAR solamente se autorizará con **Informe Socio-económico realizado por Trabajadora Social de la OSSSB** que avale dicha modalidad.
- m) **Deberá tener Firma y Sello legibles del profesional.**

2.5. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR:

Podrá iniciarse el expediente con constancia correspondiente al año 2017, teniendo plazo hasta Mayo de 2018 para remitir el original de la Constancia de Alumno Regular a la Obra Social. **La Constancia de Alumno Regular es Obligatoria.**

De no presentar la documentación mencionada deberá presentar un informe justificando los motivos por los cuales no se encuentra escolarizado y/o institucionalizado.

a) **Prestación APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:** podrá ser brindada por:

a.1.) **Equipo CATEGORIZADO:** podrá ser tanto actividad áulica como extra-áulica y lo deberá brindar un equipo técnico interdisciplinario conformado por profesionales y docentes especializados y como mínimo deberá comprender 34 (treinta y cuatro) horas mensuales entre actividad áulica y extra-áulica (ambas obligatorias).

a.2.) **Maestra de apoyo para la integración escolar:** brindado por un solo profesional, psicopedagogo /a o maestra/o de apoyo (con título y certificado analítico) y únicamente deberá ser actividad áulica.

Toda vez que se solicite esta prestación deberá presentar junto a la documentación de rutina:

- Categorización emitida por Servicio Nacional de Rehabilitación y/o Junta evaluadora Provincial.
- Plan de trabajo con Informe de “Adaptaciones Curriculares por materia teniendo como referencia la Planificación realizada por docente de grado”, firmado por la institución educativa a la que concurre el niño / a.
- Acta acuerdo 2018, con fecha de emisión 2018 con firma y sello en original de todos los agentes intervinientes (escuela común, equipo integrador, escuela especial o maestro integrados) y firma de padres o tutor del menor (Ver Anexo).
- Informe de competencias /contenidos adquiridos durante el ciclo 2015.
- Planificación de días y horarios de trabajo áulico y extra-áulico indicando ingreso y egreso (áulico: firmado por Institución Educativa) .
- Apoyo a la Integración Escolar NO corresponde la presentación de Matrícula anual institucional.
- Maestra de Apoyo a la integración escolar: deberá brindar como mínimo 24 hs / mes de actividad exclusivamente áulica.
- Quien realice el trabajo áulico deberá poseer título habilitante con incumbencias en el campo pedagógico, ya sea Licenciatura en

Psicopedagogía, Licenciatura. en Ciencias de la Educación o Profesora do en Educación Especial SIN EXCEPCIÓN.

- Si se realiza tratamiento psicopedagógico, además del Apoyo a la Integración, se deberá adjuntar plan de tratamiento especificando los objetivos de cada una de las dos prestaciones.
- **Cuando se solicite Apoyo a la Integración Escolar no podrán solicitarse para el mismo período módulos de Escolaridad. En caso de solicitarse ambos, se dará prioridad al Módulo de Apoyo a la Integración Escolar.**

b) Prestación por TRANSPORTE:

Se deberá presentar:

- Justificación médica que incluya la descripción de los motivos que impiden la utilización del transporte público de pasajeros con acompañante, con fecha previa al período que se indique en la prescripción.
- Fotocopia de inscripción en AFIP.
- Copia de Habilitación Municipal y Póliza de seguro de la empresa que efectuará los traslados.
- Registro de conductor.

En caso de corresponder la cobertura los únicos traslados que serán autorizados son aquellos que se efectúen entre la institución educativa o de rehabilitación y el domicilio del afiliado (no se autorizarán traslados a consultas médicas o a realización de estudios diagnósticos) ni traslado exclusivo de familiares.

Presupuesto: Se deberá presentar en original un presupuesto por cada destino, con fecha previa al inicio del tratamiento y confeccionado en dos períodos separados Enero-Junio y Julio Diciembre de 2018 y deberá contar con TODOS los datos que se solicitan (formulario **OSSSB**):

- Mapa del MENOR RECORRIDO según Google maps donde se constate cantidad de km entre domicilio del afiliado y destino.
www.maps.google.com.ar.
- Se reconocerá DEPENDENCIA únicamente cuando el beneficiario sea mayor de edad y requiera ASISTENCIA COMPLETA O SUPERVISIÓN CONSTANTE acreditada por FIM.
- CONSTANCIA DE CONCURRENCIA A REHABILITACION Y/O ESCUELA. Deberá contener días, horarios y domicilio.
- Los niños deberán ser trasladados bajo supervisión de familiares o tutores responsables.

Con respecto a la facturación, la misma deberá contar:

- Detalle del recorrido realizado
- Nombre y apellido del paciente a quien se le dio la prestación.

- Cantidad de kilómetros realizados, con valor unitario y valor total (no superior al valor del presupuesto), lugar de origen y destino con todos los domicilios exactos.
- Mes al que corresponde la prestación.
- En el caso de prestación de factura tipo B al momento del cobro, se deberá presentar el recibo correspondiente que avale el pago de la prestación.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA:

3.1. La Dirección Médica de O.S.S.S.B. devolverá a la Sucursal correspondiente todo Expediente que no cuente con la totalidad de la documentación mencionada, necesaria para su análisis. Por lo tanto se solicita NO RECEPCIONAR trámite alguno cuando la documentación se encuentre incompleta y/o incorrecta.

La documentación requerida debe contener TODOS los datos que se solicitan, caso contrario será devuelta sin análisis del Expediente.

- Todos los formularios que se presenten deberán poseer fecha de emisión PREVIA al inicio de la prestación.
- Deberá existir total coincidencia entre las prestaciones presupuestadas y las indicadas por médico tratante.

En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada, ya que **el expediente solamente podrá ser autorizado, luego del análisis correspondiente por la Dirección Médica de la O.S.S.S.B.**

La documentación referida a prescripciones, planes de tratamiento y presupuestos debe ser presentada en ORIGINAL Y FOTOCOPIA SIMPLE, de lo contrario, se procederá a la devolución del expediente.

- Los Expedientes deberán contener ÚNICAMENTE la documentación señalada en el presente Manual de Procedimiento. Cualquier otro tipo de documentación como ser Certificado Analítico de Estudios ó Currículum Vitae de los profesionales tratantes NO DEBERÁN SER INCORPORADA AL EXPEDIENTE.
- LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ SER LEGIBLE EN SU TOTALIDAD.
- EN ALGUNOS CASOS, SI FUERE NECESARIO, LA DIRECCIÓN MÉDICA DE LA O.S.S.S.B. PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL A EFECTOS DE CUMPLIR CON REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (SUR).
- No se dará curso al Expediente hasta tanto no se haya recibido la documentación solicitada.
- La cobertura de las prestaciones serán autorizadas a valor nomenclador (Res.1948/14 MSAL y sus modificatorias).

- La categorización de las Instituciones será la que figura en la Resolución de inscripción del prestador en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de la Secretaría de Salud. Los prestadores educativos, Centros de Día y Hogares no requieren inscripción en Superintendencia de la Secretaría de Salud, por lo que deben presentar su Categorización por Servicio Nacional de Rehabilitación o Junta Descentralizada Evaluadora Provincial según corresponda. LOS INICIOS DE TRÁMITE NO SIGNIFICAN CATEGORIZACIÓN por lo que no serán autorizadas prestaciones en prestadores que se encuentren en dicha situación.
- Para el pedido de cobertura prestacional es requisito excluyente que el Certificado de Discapacidad se encuentre vigente.
- El Certificado de Discapacidad tiene validez únicamente cuando se encuentra emitido por Junta Evaluadora jurisdiccional. NO SE RECONOCERÁN CERTIFICADOS QUE NO HAYAN SIDO EMITIDOS POR JUNTA EVALUADORA, aún en el caso que se encontrare vigente en el tiempo). Ley 22.431.
- La cobertura prestacional solicitada será autorizada por el término de un año calendario, salvo aquellos casos que por requerir un análisis periódico ameritan coberturas más acotadas en el tiempo. A efectos de monitorear el avance de metas en el tratamiento autorizado, la Obra Social podrá requerir la evaluación por equipo profesional externo toda vez que lo considere necesario, siendo obligatoria para el beneficiario la concurrencia a dicha evaluación.
- Las prestaciones serán reconocidas en forma retroactiva hasta 3 (tres) meses previos dentro del año calendario a la presentación del expediente en la Sucursal correspondiente.
- No se reconocerá la cobertura de prestaciones desde el inicio de año cuando el expediente haya sido iniciado en el segundo semestre.
- Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria (kinesiología – Terapia Ocupacional – Fonoaudiología – etc.) serán reconocidas por 11 (once) meses al año (febrero – diciembre), considerando los períodos vacacionales y / o descanso del paciente.
- Toda modificación en los valores del Nomenclador de Aranceles vigente se realizará en forma automática, sin necesidad de iniciar nuevo trámite. Esto tendrá validez para las prestaciones con recuperado SUR que hayan sido autorizadas.
- Para las prestaciones sin recuperado SUR o los prestadores no inscriptos, la Dirección Médica de la O.S.S.S.B. determinará el valor a autorizar y nunca será de manera retroactiva (se considerará a partir de la fecha de presentación en la Sucursal).
- Tratamientos de Rehabilitación de carácter ambulatorio: se autorizarán hasta veinte o veintidos (20-22) sesiones mensuales entre todas las prestaciones que reciba el afiliado SIN EXCEPCIÓN . PARA AQUELLOS CASOS EN LOS QUE SE PRESUPUESTA DEPENDENCIA, SE DEBERA PRESENTAR FIM (MEDIDA DE

INDEPENDENCIA FUNCIONAL) que acredite dicha dependencia FIRMADA POR MEDICO TRATANTE (ver Anexo).

- No será autorizada por la Dirección Médica la prestación Internación en Residencia GERIÁTRICA.
- No será autorizada la cobertura de EQUINOTERAPIA, por no ser una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación.
- No será autorizada “DEPENDENCIA en el transporte” toda vez que por edad el beneficiario deba trasladarse acompañado de familiar / tutor responsable.
- No será autorizada la cobertura de “APOYO PEDAGÓGICO DOMICILIARIO”, toda vez que al beneficiario por su edad cronológica, le corresponda asistir a institución educativa (especial o común). Serán analizados como excepción únicamente los casos que cuenten con justificación del médico tratante

3.2. PRESTACIONES EDUCATIVAS:

- Para **Educación inicial y EGB** sólo se autorizarán en **Instituciones de Educación Especial**. No se dará cobertura a las prestaciones educativas en Instituciones de Educación común de gestión privada - Decreto 762/97 Poder Ejecutivo Nacional.
- Las brindadas en Escuelas: **SE RECONOCERÁN DIEZ MESES COMPLETOS MAS MATRÍCULA** (en caso de inicio de clases en mes de febrero, se abonarán UNICAMENTE los días de clases efectivamente brindados).
- Si se brindan en Centro Educativo Terapéutico **NO** corresponde la presentación de matrícula.

3.3. ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

- Esta prestación será reconocida hasta los 4 años de edad del afiliado, cambiando luego, de corresponder, a otra modalidad prestacional. Asimismo la Dirección Médica de la O.S.S.S.B. podrá autoirzar en caso de corresponder prestaciones de Estimulación Temprana en menores de un año aunque se encuentren bajo el beneficio del Plan Materno Infantil, para evitar inconvenientes en la continuidad de la atención a partir del segundo año de vida.

3.4. HIDROTERAPIA:

- **La prestación será autorizada únicamente cuando el paciente presente espasticidad muscular.**
- Deberá brindarse Centros de Rehabilitación o en piletas habilitadas para tal fin por el Ministerio de Salud jurisdiccional con prescripción médica a corto plazo.
- El profesional a cargo de la prestación deberá ser indefectiblemente kinesiólogo o Médico Fisiatra (los profesores de educación física no

están habilitados para brindar tratamientos por lo que la prestación NO será autorizada a cargo de tales profesionales). Si los Centros no están habilitados como Centros de Rehabilitación los profesionales deberán emitir presupuesto y facturar en forma individual, contando con la documentación para Profesionales independientes.

3.5. PROFESIONALES INDEPENDIENTES:

Médicos/as, Psicólogos/as, Fonoaudiólogos/as y Kinesiólogos/as deberán presentar:

- Título profesional y Fotocopia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. No es necesario presentar Currículum Vitae del profesional.
- Fotocopia de inscripción en AFIP.
- Original y fotocopia simple del presupuesto para el año 2018 con fecha previa al inicio del tratamiento y confeccionado en dos periodos separados: Enero- Junio y Julio – Diciembre. Deberá aclarar Modalidad Prestacional, con fecha de emisión previa al inicio del tratamiento en cada semestre y con firma y sello legibles.
- Informe de evolución y estado actual. Plan de tratamiento para 2018 en hoja separada, en original y fotocopia.

Para el resto de las especialidades como **Docentes de Educación Especial, Psicopedagogos, Musicoterapeutas, Terapistas ocupacionales y Psicomotricistas**, deberán presentar:

- Fotocopia de inscripción en la AFIP .
- Fotocopia del título habilitante.
- Informe de evolución y estado actual . Plan de tratamiento 2018 , en hoja separada en original y fotocopia.
- No es necesario presentar Currículum Vitae del profesional.

3.6. TÉCNICAS Y TECNOLOGIAS DE APOYO:

- Los insumos, ayudas técnicas y/o elementos de apoyo que la Obra Social autorizará serán aquellos derivados por consecuencia exclusiva de la discapacidad del afiliado, y atento al diagnóstico presente en CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (C.U.D.).
- Todo afiliado que solicite cobertura de ayudas técnicas y/o elementos de apoyo deberá completar el Formulario **“Términos y condiciones para la provision de insumos y/o ayudas tecnicas”**.
- El médico prescriptor deberá ajustarse a indicar el material o elemento solicitado atento a la “funcionalidad” para la cual se lo requiere (por ej: silla

de ruedas postural), descartando de la indicación médica toda descripción o característica específica que induzca a marca o modelo determinado.

- Las ayudas técnicas y/o elementos de apoyo que sean “a medida” (por ej: silla de ruedas) deberán acompañarse de una Planilla de toma de medidas; las mismas deberán ser tomadas por médico prescriptor y/o profesional idóneo, con firma y sello de los mismos. De no cumplirse con este requisito el expediente no será gestionado NI auditado.
- El afiliado, ya sea a través de la Sucursal y / o Centro de Atención al Afiliado podrá presentar presupuestos, los cuales serán tomados en cuenta toda vez que O.S.S.S.B no consiguiera cotizaciones. Sin perjuicio de lo antedicho, la Obra Social gestionará la obtención de presupuestosa través de ortopedias convenidas.
- El proveedor deberá presentar junto con la factura correspondiente, la planilla de REMITO DE ENTREGA DE INSUMO, con firma y aclaración del receptor, como requisito excluyente para el análisis de la facturación, y su posterior liquidación.
- En caso que el afiliado decida la compra de la ayuda técnica y/o elemento de apoyo, a través de proveedor distinto al autorizado por la Obra Social, se reconocerá hasta el valor más bajo resultante de la compulsión de precios del elemento en cuestión.
- Queda EXCLUSIVAMENTE a cargo del Titular – Afiliado y/o familiar responsable, la devolución de aquellas ayudas técnicas y/o elementos de apoyo otorgados oportunamente por Osss, cuando ya no se utilizaren, no siendo responsabilidad de la Obra Social el retiro de los mismos.

FORMULARIOS:



SOLICITUD DE PRESTACIONES E INSUMOS:

Lugar y fecha.....

Señor Presidente de la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos / adquisición de

Para tal fin adjunto los datos correspondientes y la documentación solicitada.

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....Edad:.....

Lugar y fecha de nacimiento.....

Estado Civil:Domicilio actual.....

Ciudad.....Provincia.....CP.....

DNI.....Parentesco con el titular:.....

Teléfono.....e-mail.....

DATOS DEL TITULAR:

Apellido y Nombres:.....CUIL.....

Domicilio actual.....

Ciudad.....Provincia.....CP.....

Teléfono.....e-mail.....

Declaro que los datos volcados en este formulario son exactos y revisten el carácter de Declaración Jurada.

.....
Firma del Titular

.....
Firma del beneficiario o padres
si es menor

.....
Aclaración

.....
Aclaración



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO Y/O PRÁCTICA AMBULATORIA:

Ciudad de, _____

Obra Social:
RNOS:

Me dirijo a usted a fines de brindar mi consentimiento por el plan de tratamiento de la prestación de _____

Declaro haber comprendido y aceptado en todos sus términos los alcances del mismo.

NOMBRE Y APELLIDO.....

D.N.I.....

FIRMA.....

ACLARACION.....

Por la presente certifico que he explicado los alcances del tratamiento

que se brinda al beneficiario y que se han contestado todas las preguntas en torno a las características del mismo.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL.....

❖ SE DEBERA PRESENTAR CONSENTIMIENTO PARA CADA PRESTACION QUE EL PACIENTE REALICE



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA INSTITUCIONES:

Lugar y fecha.....

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Modalidad Prestacional a brindar :.....

Tipo de Jornada a realizar: Simple ... Doble.....ReducidaPermanente.....

Categoría: A..... BC..... Incluye Almuerzo: Si..... No.....

Incluye Dependencia: Si..... NoPeríodo: desde.....hasta
del año 2018. Monto Mensual: \$.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación:

Localidad:.....Provincia:.....Teléfono:.....

Email:.....CUIT:Condición frente al

IVA:.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....
 Firma, aclaración y sello de la institución



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES:

Lugar y fecha.....

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación / Especialidad a brindar :

Período: desde.....hastadel año 2018.

Cantidad de sesiones semanales y mensuales:

Monto por Sesión: \$..... Monto Mensual: \$.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación:

Localidad:.....Provincia:.....Tel

éfono:.....e-mail CUIT:

..... Condición frente al IVA:.....

Cheque a nombre de:.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....
 Firma, aclaración y sello del Profesional



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular..... Apellido y
 Nombre del BeneficiarioDNI.....
 El niño concurre acompañado por.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:.....
 Período: Desde.....Hasta.....2018.
 Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....
 Monto por sesión (si es única prestación).....
 Monto Mensual.....
 Monto del Módulo (si es brindada por equipo).....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido/Razón Social.....
 Domicilio real de la prestación.....
 Localidad.....Provincia.....Teléfono.....
 Email.....CUIT.....
 Cheque a la orden de.....
 Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

.....
 Firma, aclaración y sello del Profesional



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular..... Apellido y
 Nombre del BeneficiarioDNI.....
 El niño concurre acompañado por.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:.....
 Período: Desde.....Hasta.....2018.
 Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....
 Monto por sesiónMonto Mensual.....
 Valor del Módulo

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido/Razón Social.....
 Domicilio real de la prestación.....
 Localidad.....Provincia.....Teléfono.....
 Email.....CUIT.....
 Cheque a la orden de.....
 Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

.....
 Firma, aclaración y sello de la Institución



PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular..... Apellido y Nombre del Beneficiario DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: **MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.**

Período: Desde.....Hasta.....2018.
 Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido
 Domicilio
 Localidad.....Provincia.....
 Teléfono..... Email
 CUIT.....Cheque a la orden de.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:

Escuela donde se brindará la prestación:.....
 Domicilio..... Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....
 Firma, aclaración y sello del Profesional



PRESUPUESTO EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular..... Apellido y Nombre del Beneficiario DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: **EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.**

Período: Desde.....Hasta.....2018.
 Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido
 Domicilio
 Localidad.....Provincia.....Teléfono.....
 Email CUIT.....
 Cheque a la orden de.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:

Escuela donde brindará la prestación:.....
 Domicilio..... Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

ACTIVIDAD EXTRA-ÁULICA:

Conformación del Equipo Profesional Interviniente:

1. Nombre y Apellido
 Título Profesional.....
 Objetivo de la Intervención

2. Nombre y Apellido
 Título Profesional.....
 Objetivo de la Intervención

.....
.....
.....
3. Nombre y Apellido

Título Profesional.....

Objetivo de la Intervención

.....
.....
.....
.....

Domicilio real donde se brindará la prestación

.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....
Firma, aclaración y sello del
Representante del Equipo



ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

A los.....días del mes.....del año 2017 en la ciudad
se establece el presente acuerdo entre la Escuela
.....con domicilio en
.representada por
la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, representado
pory la familia del niño/a
.....con DNI.....para llevar a cabo
la integración del niño/a en el Año / Sala.....Turno.....,

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

La Institución Educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a :

- Atender al / a la niño / a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de Evaluación, Calificación y Acreditación teniendo en cuenta las nomas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la Evaluación Media y Final en forma interdisciplinaria.

La Familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La continuidad del / la alumno / a en el Proyecto de Integación Escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño / a.

La no continuidad del proyecto podrá darse:

- Incumplimiento de los ítems mencionados ut-supra.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importantes en la conducta.

.....
Firma, sello y aclaración de la
Escuela Común donde se realiza
Integración Escolar

.....
Firma y aclaración del Padre
Madre / Tutor

.....
Firma, aclaración y sello de
Maestra / Equipo a la
Integraicón Escolar



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE POR DESTINO:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular..... Apellido y
 Nombre del BeneficiarioDNI.....

EMPRESA DE TRANSPORTE:

Razón Social.....Domicilio
Teléfono.....email.....
CUIT.....IVA.....
 Prestación con Dependencia: SI.....NO.....

RECORRIDO: por cada recorrido deberá indicar el kilometraje según google maps
 acompañado de su respectivo mapa (www. Maps.google.com.ar).

PRESTACION 1: Beneficiario se traslada a la prestación:.....

Desde : calle.....N°.....Loc.....

Hasta: calle.....N°.....Loc.....KM totales:

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
HORARIOS						

Período: Desde.....Hasta.....

Km /día.....Precio por Km /\$.....

PRESTACION 2: Beneficiario se traslada a la prestación.....

Desde : calle.....N°.....Loc.....

Hasta: calle.....N°.....Loc.....KM totales:.....

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
HORARIOS						

Período: Desde.....Hasta.....

Km /día.....Precio por Km /\$

.....
 Firma, aclaración y sello de la Empresa Transportista



TRANSPORTE DISCAPACIDAD CONSENTIMIENTO

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al

Beneficiario:

DNI:

Nro de Afiliado:

.....
Firma beneficiario o representante

.....
Aclaracion

.....
DNI

Lugar y fecha de consentimiento:



MODELO DE PLAN DE TRABAJO INSTITUCIONES / PROFESIONALES:

Lugar y fecha.....
Apellido y Nombre del Beneficiario
DNI.....Fecha de nacimiento.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:
Período: Desde.....Hasta.....2018.

OBJETIVOS CONCRETOS PROPUESTOS POR DISCIPLINA:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
- 10.....

.....
Firma, aclaración y sello del Profesional

.....
Firma y aclaración de
Padre/Madre/Tutor



TABLA DE MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM):

Paciente.....DNI..... Diagnóstico.....
Institución.....Modalidad.....Fecha.....

7	Completa en tiempo y con seguridad	SIN AYUDA
6	Modificada con adaptaciones(necesita mas tiempo extra y/o usa accesorios)	
DEPENDENCIA PARCIAL		
5	Con supervisión, con ayuda y/o estímulo verbal	CON AYUDA
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o + de la tarea)	
3	Con asistencia moderada (realizada entre 50 y 74% de la Tarea)	
DEPENDENCIA COMPLETA		
2	Con asistencia máxima (realiza del 25 al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	
CUIDADO PERSONAL		PUNTAJE
1	Comida (uso de utensilio, masticar, deglutir)	
2	Aseo (lavarse caras, manos, peinarse, afeitarse, dientes)	
3	Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o en cama)	
4	Vestirse parte superior (de cintura para arriba o colocarse ortesis y/o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (cintura para abajo, zapatos, abrocharse,colocarse prótesis)	
6	Uso del baño (higiene perineal, ajuste de ropa antes y después del uso)	
CONTROL ESFINTEREANO		
7	Vejiga	
8	Intestino	
MOVILIDAD (tipo de desplazamiento)		
9	A Cama, silla, silla de ruedas	
10	A toilette (sentarse y salir del inodoro)	
11	Bañera o ducha	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha / Silla de ruedas	
13	Escaleras	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión audio / visual	
15	Expresión verbal / no verbal	
ADPATACIÓN PSICO-SOCIAL		
16	Interacción social	
FUNCIONES COGNITIVAS		
17	Resolución de problemas cotidianas	
18	Memoria para actividades simples y/o rostros familiares	
PUNTAJE FIM TOTAL		

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría de **O.S.S.B.**, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por **sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.**

.....
Firma

.....
Firma y sello profesional

.....
Firma y sello profesional



PLANILLA DE DATOS SOCIO-FAMILIARES:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular
 Domicilio.....
 Localidad.....Teléfono..... Email:.....
 Apellido y Nombre del Beneficiario
 Prestación solicitada

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar y fecha de emisión.....

.....
 Firma y aclaración del titular



IMPORTANTE:

Las prestaciones podrán ser brindadas solamente cuando exista AUTORIZACIÓN PREVIA del Área Discapacidad de la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios.

El inicio de las prestaciones sin autorización previa, resulta de EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR y no obliga a la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios a cubrir las prestaciones.

La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado, NO DA DERECHO al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte del Área de Discapacidad ni obliga a la O.S.S.B. a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

INSTRUCTIVO PARA ENTREGA DE FACTURACIÓN

Las facturas de las prestaciones autorizadas solamente serán recibidas por la Gerencia de Administración y Finanzas, Sector Facturación Discapacidad SUR, sito en 25 de Mayo 182 Planta Baja de lunes a viernes en el horario de 9,30 hs a 13 hs.

Como deben confeccionarse las facturas:

1.- Deberán estar a nombre de la **OBRA SOCIAL DE SERVICIOS SOCIALES BANCARIOS**, 25 de Mayo 182, CABA; CUIT 30-69156146-8.

2.- Las Facturas deberán ser tipo B ó C. Con facturas B, en el momento que se haga efectivo el pago deberá presentar en forma obligatoria para el cierre de la operación el correspondiente recibo de cancelación de la factura presentada debiendo entregarlo en la tesorería.

3.- Se deberá especificar:

- Apellido y Nombre del paciente.
- Mes correspondiente a la prestación brindada.
- Modalidad de prestación y cantidad de sesiones mensuales.
- Valor unitario.

En caso de facturas por transporte se deberá especificar:

- Apellido y Nombre del paciente
- Mes correspondiente a la prestación brindada
- Recorrido (desde – hasta).
- Valor del kilómetro.
- Cantidad de km mensuales.
- Cantidad de viajes.

4.- Las facturas de los tratamientos ambulatorios y Apoyo a la Integración Escolar deberán entregarse con el formulario de asistencia del tratamiento.

5.- Las facturas se deberán presentar a mes vencido, es decir una vez realizada la prestación.

6.- No se aceptarán facturas con enmiendas, tachaduras o roturas.