

INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por Resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

A - MANUAL DEL PROCEDIMIENTO

(1) OBJETIVO

El presente instructivo tiene como principal objetivo proteger la atención, educación, rehabilitación de las personas con discapacidad.

Por este motivo enunciamos todos los pasos necesarios para iniciar un trámite por discapacidad, por lo que se sugiere mostrar el presente instructivo a su médico tratante para evitar errores en la elaboración de las órdenes médicas.

Cabe destacar que de acuerdo a la Legislación vigente el profesional médico que prescribe los tratamientos y/o equipamientos, es el responsable desde punto de vista legal por los efectos de dichos tratamientos/equipamientos sobre el paciente a quien se lo indicó. Por lo que se sugiere indicar tratamientos con la debida justificación científica.

(2) PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DE PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

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

Cuando este CUD se vence es exclusiva responsabilidad del socio renovarlo con el tiempo suficiente para no perder las coberturas, las mismas caducaran al vencer el mismo.

En caso de incorporarse una nueva prestación y/o realizar una modificación sobre el trámite en curso, la misma debe gestionarse con una anterioridad de 30 días a su inicio.

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

(2.1) LINEAMIENTOS GENERALES

- Toda la documentación requerida para solicitar el alta de una prestación con cobertura por el programa de discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales.
- Toda la documentación debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, corrector, cambios de tinta y/o letra.
- Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador presupuesta y detalla en el plan de trabajo.
- Los diversos prestadores deben cumplir con las normativas vigentes, según sea el caso, los profesionales deberán presentar la inscripción en el Registro Nacional de

Prestadores y las Instituciones su Categorización por el Servicio Nacional de Rehabilitación o Junta Descentralizada Evaluadora Provincial. Los inicios de trámite no significan categorización.

- No se habilitarán tratamientos con prestadores o Instituciones que no se encuentren correctamente registrados o categorizados para las prestaciones que están presupuestando.
- La cobertura de las prestaciones serán habilitadas conforme el Nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud y de acuerdo a los aranceles que reglamente el Ministerio de Salud, publicadas en el Boletín Oficial.
- Todas las modificaciones en los valores del Nomenclador de Aranceles vigentes se realizara en forma automática, sin necesidad de emitir nuevo presupuesto, siempre y cuando se trate de prestaciones contempladas en este nomenclador.
- Se pone en conocimiento de los socios que el plan de trabajo presentado deberá establecer objetivos particulares, evidenciables respecto de las características de cada persona con discapacidad. Se deberán contemplar tiempos libres y de socialización en las propuestas de tratamiento. Se deberá confeccionar informes semestrales que den cuenta de los objetivos específicos y diferenciados logrados.
- Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria solicitadas deberán ser indicadas por la especialidad del profesional que la realiza y no por la modalidad de atención. Por ejemplo, cuando se requiere Tratamiento Cognitivo Conductual, la misma consiste en una vía de abordaje del tratamiento psicológico. Por tal motivo, deberán solicitar sesiones de psicología para realizar TCC.
- Solo deben iniciarse los trámites de cobertura por el programa de Discapacidad para socios mayores de un (1) año de edad, antes se encuentran con cobertura al 100% por PMI.
- Se comunica a los socios que cuando corresponda, las autorizaciones será remitidas al prestador por mail y resultaran indispensables para poder facturar.
- En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada. Hecho que requieren todos los casos el análisis de auditoria.
- No se dará curso al expediente hasta tanto no se haya recibido la documentación solicitada pertinente y detallada en este manual. Deben recordar que si fuera necesario se puede solicitar información adicional a efectos de cumplir con los requerimientos dispuestos por las normativas vigentes.
- El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta neta responsabilidad del prestador y el socio, esta situación no obliga al Agente de Salud a cubrir las prestaciones.
- En caso de prestaciones en Instituciones que brinden jornada simple (EGB - CET - Centro de Día, etc.) no corresponde abonar almuerzo. Solo será evaluado en condiciones particulares que lo amerite.
- En caso de MII/MIS (módulo integral intensivo o simple) la prescripción del médico debe detallar las prestaciones que componen el módulo. El mismo debe coincidir con el presupuesto. Los módulos contemplan por normativa de la SSS cuatro semanas al mes.

(2.2) DOCUMENTACION PRESTACIONAL

- Certificado de Discapacidad vigente.

- Resumen de historia clínica. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante. La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones.
Para cada prestación se debe indicar el período prescrito, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia (Jornada simple-doble).
Para la prestación de transporte en la prescripción inicial, se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.
- Informe de evaluación inicial. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
- Informe evolutivo de la prestación, en el cual conste: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- Plan de abordaje individual: período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada, firmado por el prestador.
- Para la prestación Servicio de Apoyo a la Integración Escolar/ Maestra de apoyo: Constancia de alumno regular.
Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- Presupuesto prestacional en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla, firmado por el prestador.
- Para Transporte:
 - Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
 - Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
 - Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.
- En todos los casos deberá presentar planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación.
Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
La fecha de emisión de la conformidad de las prestaciones, los planes de abordaje, el diagrama de transporte y la aprobación de estos por parte del Agente del Seguro de Salud, deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera facturación de las prestaciones autorizadas.
- En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con Centro educativo terapéutico, Centro de día y Centro educativo

terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

- En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias, 496/2014-MSal).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.

El equipo interdisciplinario en caso de considerarlo pertinente, podrá solicitar documentación respaldatoria adicional.

(2.3) CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación contemplada dentro del Programa de discapacidad ya otorgada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad.

Nota del socio 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.
- Motivo por el cual se solicita el cambio.
- 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).
- Todo cambio de profesional tratante o de prestaciones educativas, deberá ser solicitado y justificado por el médico de cabecera.

(2.4) CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO

Abandono del tratamiento: Nota del socio 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 socio titular, especificando los motivos de la no concurrencia.

(2.5) RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE

No se recepcionarán solicitudes con documentación faltante, incompleta o incorrecta. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad, se procederá al reclamo correspondiente.

Eventualmente el equipo interdisciplinario solicitara documentación / información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, si lo considera necesario para determinar cobertura.

(2.6) FORMULARIOS PARA PRESENTACION DE DOCUMENTACION

- Solicitud de Transporte.
- FIM (Medida de Independencia Funcional).
- Presupuesto Prestacional.
- Conformidad Prestacional.
- Presupuesto Transporte.
- Conformidad Transporte.

(2.7) ORIENTACION Y COORDINACION DE SERVICIOS POR DISCAPACIDAD

Referente del Área Discapacidad (Resol. 514/2020):

Fadel, María Soledad

- Contacto orientación y autorizaciones:

Fadel, María Soledad

sfadel@osjera.com.ar / discapacidad@osjera.com.ar

Te: (011)4380-3764

- Contacto con Equipo Interdisciplinario:

discapacidad@osjera.com.ar

Te: (011)4380-3764

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI-LE-CI-LC:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:

TURNO HORARIO:

HERMANOS:

ACTIVIDAD:

TURNO HORARIO:

DIAGNÓSTICO:

DSM IV¹-CIE X:

DEFICIENCIA:

¹ Consignar los Ejes

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:

Origen del traslado:

Destino del traslado:

**Semestre: 1° o 2° (tachar lo que NO
corresponda)**

Año:

FIRMA

Fecha:

Nombre y Apellido:

Nº Afiliado:

Diagnóstico:

Fecha:

Firma:

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)³⁰⁶

CATEGORIAS	DOMINIO	FIM TOTAL
Autocuidado 1. Alimentación 2. Arreglo personal 3. Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5. Vestido hemicuerpo inferior 6. Aseo perineal	Motor 91 puntos	126 puntos
Control de esfínteres 7. Control de la vejiga 8. Control del intestino		
Movilidad 9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas 10. Traslado en baño 11. Traslado en bañera o ducha		
Ambulación 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas 13. Subir y bajar escaleras		
Comunicación 14. Comprensión 15. Expresión	Cognitivo 35 puntos	
Conocimiento social 16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria		

Cada ítem es puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7 Independencia completa
	6 Independencia modificada
Dependencia modificada	5 Supervisión
	4 Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3 Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2 Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1 Asistencia total (menor del 25% de independencia)

****Por favor completar con todos los datos solicitados



osjera
obra social

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2. Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3. Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4. Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



osjera
obra social

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

Beneficiario: DNI:

Período: desde:

hasta:

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: Monto mensual

Firma y Aclaración del Transportista



osjera
obra social

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....)

N°, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

desde..... hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus
modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene
carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de
.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus
modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene
carácter de Declaración Jurada.