

Instructivo para Trámites por prestaciones Discapacidad 2015

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - PAUTAS GENERALES

El presente tiene como objetivo enunciar los pasos necesarios para iniciar un trámite por discapacidad y los mismos son indispensables para la gestión de la autorización.

Los trámites se podrán recepcionar en la Delegación correspondiente o en Ospim Central Sector Discapacidad a partir del mes de noviembre 2014.

La documentación requerida por el Sector Discapacidad se encuentra sujeta a modificaciones según la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

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

El trámite iniciado caduca el mismo año registrado en el período de cobertura. La renovación no es automática, debiendo presentar al año siguiente, la documentación requerida según normativa vigente para la renovación del mismo.

DETALLE DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR

- 1. FOTOCOPIA DEL CARNET DEL TITULAR.**
- 2. FOTOCOPIA DEL DNI DEL TITULAR Y DEL CAUSANTE.**
- 3. FOTOCOPIA DEL RECIBO DE SUELDO** con una antigüedad no mayor a 60 días de la fecha de inicio del tratamiento.

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

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

El mismo debe indicar tratamiento solicitado, período de cobertura, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc. según corresponda. Debe tener fecha anterior al período de cobertura.

Debe estar firmado por el beneficiario o su representante y por el profesional actuante.

Debe ser individual, es decir uno por cada prestación solicitada (ejemplo: transporte, EGB, kinesiología, CET etc.)

FOTOCOPIA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente

En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ORIGINAL

Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario, debe estar actualizado, con los datos completos del beneficiario (DNI, O.S. N° afiliado, edad etc.) y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto y la cobertura solicitada.

PRESCRIPCION MÉDICA ORIGINAL

La fecha de emisión de la prescripción debe ser anterior a la fecha de inicio del período de cobertura solicitado en el mismo y debe contener:

- Nombre y Apellido
- DNI, N° De Beneficiario, Obra Social
- Fecha de Emisión anterior al periodo de cobertura.
- Diagnostico
- Detallar el tratamiento (incluyendo tipo de jornada simple o doble si correspondiera)
- Periodo de cobertura
- En tratamientos ambulatorios deberá especificar frecuencia semanal o mensual.
- Firma y sello legibles del profesional tratante.

- En caso de solicitar dependencia enviar justificación clínica de la misma y puntaje en escala FIM (planilla)
- En caso de solicitar transporte enviar justificativo médico por la imposibilidad de traslado en transporte público con acompañante.

La prescripción del tratamiento debe realizarla un médico que no pertenezca a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones

PRESUPUESTO ORIGINAL

El mismo debe ser en original.

Debe existir total coincidencia entre lo solicitado por el médico y el tratamiento propuesto y presupuestado por el prestador.

Ante todo cambio de arancel se deberá presentar el nuevo presupuesto para su correcta autorización.

- Fecha de emisión anterior al inicio del periodo prescripto.
- Numero de CUIT
- Tipo de IVA
- Orden de Emisión del Cheque
- Periodo de cobertura
- Firma y Sello de la persona responsable de la Institución Prestadora y/o de los Profesionales Tratantes.

PRESUPUESTO ORIGINAL DE TRANSPORTE:

- Nombre de la Empresa y/o del Transportista
- Domicilio y Teléfono
- Orden de Emisión del Cheque
- Numero de CUIT
- Tipo de IVA
- Distancia diaria en Km.
- Distancia mensual en Km.
- Cantidad de viajes diarios y mensuales
- Valor del Km. – (aclarar si es con dependencia)
- Monto total mensual

- Lugar de partida y destino con los domicilios exactos
- Se deberá adjuntar el Google Maps.

PLAN DE TRATAMIENTO DEL PRESTADOR

Indicando tratamiento propuesto y objetivos terapéuticos

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR:

- La constancia debe solicitarse solamente en los siguientes casos:
- Cuando se solicita el modulo de apoyo a la integración escolar o maestra de apoyo.
- Cuando se solicitan tratamientos individuales ambulatorios (kinesiología, fonoaudiología, etc.).
- Cuando se solicita solo el transporte especial para el traslado a la institución.

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES:

- Centros de Rehabilitación y Estimulación Temprana: fotocopia del Registro de Prestadores en la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Profesionales que realizan tratamientos individuales (kinesiólogos – psicólogos – fonoaudiólogos etc): fotocopia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores en la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Resto de Profesionales (psicopedagogos – psicomotricista – musicoterapista – maestras de educación especial etc) fotocopia del título habilitante y certificado analítico.
- Educación Inicial – Educación General Básica – Formación Laboral – Centro de Día – Centro Educativo Terapéutico: fotocopia del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).

Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación

En caso de que la institución se encontrara inscrita en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la superintendencia de Servicios de Salud copia de la correspondiente resolución (texto completo).

TRANSPORTE ESPECIAL

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa.

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto y con el justificativo correspondiente.

El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que justifiquen la imposibilidad de usar traslado gratuito en transporte público de pasajeros.

No se reconocerá el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino indicado en la documentación respaldatoria.

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)

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 y Transporte, y en los casos en que se encuentre debidamente justificado.

CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad ya otorgada se deberá remitir:

Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio con Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior y Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.

Firma, aclaración y número de documento del titular

La documentación correspondiente del nuevo prestador. (Presupuesto, plan de tratamiento, consentimiento, Registro de prestadores, título habilitante etc.) según corresponda.

CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO

Se solicita informar a la Obra Social ante modificaciones en la situación del beneficiario como abandono de tratamiento, falta de concurrencia, fallecimiento, desempleo u otras por nota del beneficiario titular responsable del paciente indicando la fecha de finalización del tratamiento y los motivos de interrupción del mismo.