

## 1. OBJETO:

El presente instructivo contiene los requisitos necesarios para acceder a la cobertura de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad, de acuerdo a lo establecido en el nomenclador vigente y a través del Mecanismo de Integración

## 2. DESARROLLO:

### 2.1. CANALES DE COMUNICACIÓN

Informamos los medios a través de los cuáles pueden comunicarse al Área de Discapacidad y consultar por las prestaciones básicas para las personas con discapacidad:

- Para consultas generales y solicitud de formularios enviar correo electrónico a [integracion@ostvendra.org.ar](mailto:integracion@ostvendra.org.ar)
- Para consultas por facturación enviar correo a [integracion@ostvendra.org.ar](mailto:integracion@ostvendra.org.ar)

### 2.2. LINEAMIENTOS GENERALES

- Para acceder a las prestaciones por discapacidad, según normativa vigente, se debe contar con un CUD (Certificado Único de Discapacidad). La realización de trámite de la actualización del CUD es exclusiva responsabilidad del afiliado.
- Los requerimientos documentales se encuentran sujetos a disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, por lo tanto, el presente procedimiento puede tener modificaciones por Resoluciones de futura aplicación.
- Es requisito que los formularios se encuentren completos en todos sus puntos y estén elaborados según las instrucciones que se detallan en cada uno de ellos. Deben ser confeccionados con letra legible, no deben poseer enmiendas ni tachaduras. La fecha de emisión de los formularios debe ser anterior al inicio del tratamiento y con fecha posterior a la del Resumen de Historia Clínica y Orden Médica.
- Los formularios deben ser enviados en forma digital: escaneado o por foto. En caso de elegir la última opción tener en cuenta que la imagen debe ser SOLO del formulario, evitar enviar si la misma se encuentra borrosa o con sombras, atento a que no será posible proceder con la auditoría.
- Debe existir total coincidencia entre lo que expresa el pedido médico y lo que el prestador presupuesta y detalla en su plan de trabajo.
- La cobertura de las prestaciones será autorizada 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.
- En ningún caso el sólo envío de documentación significará autorización automática de la cobertura solicitada. El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta neta responsabilidad del prestador o el afiliado, esta situación no obligará al agente de salud a cubrir las prestaciones y/o abonar las prestaciones brindadas, por lo que no se aceptarán facturas de prestaciones no autorizadas.
- La cobertura desde el Área de Mecanismo de Integración iniciará luego de cumplir el primer año de vida. Anterior a esta fecha, debe comunicarse y solicitar procedimiento a Auditoría Médica.

## Obra Social de los Trabajadores Vendedores de Diarios, Revista y Afines



- Toda solicitud prestacional deberá ser evaluada por el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad SIN EXCEPCIÓN. Luego de sus consideraciones y en caso de que corresponda, se procederá a emitir las autorizaciones, las cuáles serán enviadas por mail al prestador y resultarán indispensables para poder facturar.
- Las prestaciones que han sido autorizadas tienen vigencia hasta la fecha expresada en el Formulario de Autorización, debiendo presentar nuevamente toda la documentación para su renovación. 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 Mecanismo de Integración ni obliga al agente de salud a cubrir o abonar dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que presenta.
- En caso de recibir una AUTORIZACIÓN PROVISORIA se le indicará la documentación a presentar a fin de extender la definitiva, siendo responsabilidad del prestador y/o afiliado, según sea el caso, cumplimentarla a la brevedad posible y durante el periodo autorizado.
- No se dará curso al expediente hasta tanto no se haya recibido la totalidad de la documentación solicitada pertinentemente y aquí detallada. El Área de Mecanismo de Integración puede solicitar información adicional a efectos de cumplir con los requerimientos dispuestos por las normativas vigentes. El análisis para definir la cobertura y sus características según corresponda no se realizará hasta que la información adicional sea presentada.
- Todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un informe semestral de Evaluación/Evolución del paciente. Al finalizar el período autorizado todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar un informe final circunstanciado de la evolución y estado actual del beneficiario.
- No se autorizarán tratamientos en los lugares y/o con profesionales que tengan vencida la categorización y/o no estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Se deberá informar en forma fehaciente cualquier variación, inclusión, exclusión, modificación, etc., que se produzca en el tratamiento por medio de una nota firmada de forma ológrafa por el titular.
- Para la aprobación del cambio de prestador, deberá presentarse nuevamente la documentación que se indica en el presente y contemplar los tiempos de auditoría para el análisis de la documentación enviada.
- Los afiliados que no cuenten con cobertura de obra social bajo el régimen de RELACIÓN DE DEPENDENCIA, sino inscriptos en el Régimen del Monotributo, contarán con la cobertura de las prestaciones de discapacidad SIEMPRE QUE ESTÉN INSCRIPTOS en dicho régimen y se encuentre SIN PERIODOS IMPAGOS, por lo que la facturación deberá estar acompañada del comprobante de pago del Monotributo del mismo período de prestación, por el total de cápitas del grupo familiar.
- Es responsabilidad del afiliado notificar al prestador y al agente de salud si se produjese durante el transcurso de la prestación algún cambio en su condición afiliatoria. El Agente de Salud no se responsabilizará del pago de prestaciones de afiliados que hayan cambiado o perdido su cobertura con Ostvendra.

### **2.3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR UNA PRESTACIÓN POR DISCAPACIDAD**

Al realizar una presentación debe estimar un plazo de 30 días hábiles para que el área realice las evaluaciones necesarias y pertinentes; los que empezarán a correr una vez que el solicitante haya presentado la totalidad de la documentación requerida.

Si lo considera necesario el Equipo Interdisciplinario podrá solicitar documentación y/o información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, para establecer los eventuales límites y características de la cobertura.

### 2.3.1. SOLICITUD DE FORMULARIOS Y PRESENTACIÓN AL ÁREA DE DISCAPACIDAD

La solicitud de formularios será realizada a través de un correo electrónico a [integracion@ostvendra.org.ar](mailto:integracion@ostvendra.org.ar). En el cuerpo del mail especificar la PRESTACIÓN por la cual se solicitan los modelos.

La presentación de la documentación para la evaluación por parte del Área de Discapacidad se realizará únicamente por medios digitales a través de la carga de la misma en el siguiente link:

<https://forms.gle/smH45VGk6Rq3Mkew8>

Ésta debe estar firmada en forma ológrafa y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada. Toda la documentación presentada debe corresponderse con lo requerido en este instructivo. **En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad a la recepción de la documentación, se procederá al reclamo correspondiente al solicitante.**

### 2.3.2. DETALLE DE DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (en este orden y en los formularios designados)

#### a) CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE.

El mismo debe ser legible en su totalidad. Para realizar la solicitud de una prestación no es válida la constancia de turno para iniciar la gestión para obtener el CUD, así como tampoco serán válidos los certificados que omitan o contengan errores en su confección si no se encuentran debidamente salvados por un representante del órgano emisor, con su correspondiente firma y sello.

#### b) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (modelo disponible)

- Debe constar la fecha, firma y sello del profesional y; nombre, apellido y DNI del paciente y diagnóstico.
- Descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.
- Cada indicación será justificada, contemplando aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto.
- La fecha de emisión será anterior a la fecha de inicio de la prestación.  
La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

#### c) ORDEN MEDICA (modelo disponible)

- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante. Con firma y sello con tipo y número de matrícula.  
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 prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia. (jornada simple-doble).  
Para la prestación transporte, en la prescripción se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para moverse en transporte público.

#### d) ESCOLARIZACIÓN

Aquellos afiliados que se encuentren en edad escolar, tendrán que presentar la CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR del año en curso en el que se detalle el número de CUE del establecimiento.

Si no la tuviese al momento de solicitar la prestación la misma deberá ser presentada dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo, quedando supeditada la vigencia de la autorización al cumplimiento de este requisito.

En caso que el afiliado se encuentre en edad escolar y no asista a una institución educativa, deberá completar el formulario designado para tal fin.

#### e) CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES (modelo disponible)

Firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.

# Obra Social de los Trabajadores Vendedores de Diarios, Revista y Afines



f) **CONSENTIMIENTO INFORMADO** (modelo disponible)

Según prestación solicitada, completo en todos sus campos, con firma y sello del prestador y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor conforme formularios desarrollados.

g) **PRESUPUESTO** (modelo disponible)

Según prestación solicitada, completo en todos sus campos, con firma y sello del prestador.

h) **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL** (modelo disponible)

Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. La presentación del mismo es obligatoria. No se aceptarán informes en los que el prestador indique que el beneficiario no fue valorado para la inclusión en tratamiento.

i) **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

j) **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL**, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

k) **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN AFIP**

l) **CBU CERTIFICADO POR ENTIDAD BANCARIA EMISORA**

**IMPORTANTE:** En caso de que la prestación a solicitar se trate de un MODULO INTEGRAL SIMPLE o MODULO INTEGRAL INTENSIVO a realizarse con profesionales independientes, los prestadores deberán realizar su presentación ante la Auditoría de forma coordinada, tanto en lo que hace al abordaje interdisciplinario como en el cronograma en el que el beneficiario participará de cada apoyo.

## **TÍTULOS HABILITANTES Y REGISTROS**

a) **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)

b) **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).

c) **RNP (INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD)** para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.

## **DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA POR PRESTACIÓN**

Además de la documentación común a todas las prestaciones descritas en los puntos anteriores, los siguientes dispositivos deberán adjuntar:

### **SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MAESTRO DE APOYO**

- Constancia de alumno regular
- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
- Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.
- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de **MAESTRO DE APOYO**.

# Obra Social de los Trabajadores Vendedores de Diarios, Revista y Afines



## PEQUEÑO HOGAR

- Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

## TRANSPORTE

- Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor, según ANEXO III – Resolución 360/2022.
- 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).
- Cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

## DOCUMENTACIÓN LEGAL:

- Habilitación Municipal vigente al momento de presupuestar la presentación. Debe constar con la fecha hasta que la misma tiene validez y en caso de corresponder, el QR. Póliza de seguro a emitido por la Compañía de Seguros, del Seguro del vehículo que utilicen, o de Responsabilidad Civil de la empresa de transporte, remisería, etc. No se aceptarán pólizas que especifiquen como “Destino/Uso: Particular”.
- Verificación Técnica Vehicular en caso de corresponder. Verificar su vigencia en el siguiente link <https://www.vtv.minfra.gba.gov.ar/historial.php>
- Licencia de conducir con categoría D1-D2.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

## DEPENDENCIA

La persona con discapacidad en situación de dependencia será aquella que requiera asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar alguna de las actividades de la vida cotidiana. El índice de dependencia funcional será valorado a través de la escala FIM en mayores de 6 años.

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:

- Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional.
- 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:

- Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.
- Diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

## 2.4. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación ya autorizada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad. Deberán presentar para ello un formulario en el que se informe:

- Nota del afiliado 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 de la persona con discapacidad firmante o su familiar responsable/tutor.
- 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).

## 2.5. FACTURAS Y RECIBOS CANCELATORIOS

### 2.5.1. PROFESIONALES / INSTITUCIONES (según corresponda)

- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (Nombre y Apellido completo y DNI).

# Obra Social de los Trabajadores Vendedores de Diarios, Revista y Afines



- Período de prestación.
- Debe especificar el tipo de prestación brindada, no el tipo de abordaje. (Ej.: Psicología y NO tratamiento cognitivo conductual).
- Cantidad de sesiones / tipo de jornada / módulo / categoría A, B o C.
- Importe unitario de la sesión / del módulo / jornada y categoría.
- Firma y sello del Profesional o Centro (solo en caso de facturas impresas).

## 2.5.2. TRANSPORTE

- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (Nombre y Apellido y DNI).
- Período de prestación.
- Cantidad de viajes, origen y destino.
- Cantidad de kilómetros por viaje.
- Cantidad de kilómetros mensuales por viaje.
- Cantidad de kilómetros totales del período.
- Valor del kilómetro.

Ejemplo: 44 viajes al colegio de 12km c/u a \$ 99.00/ km- 528km al mes. 12 Viajes a psicología de 3km c/u a \$ 99.00 /km- 36km al mes. Firma y sello del Transportista (solo en caso de facturas impresas).

- En caso de dependencia, debe estar desglosada en el cuerpo de la factura.
- Cada factura deberá estar acompañada por la planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. La misma deberá estar firmada por el prestador (firma y sello), la persona con discapacidad o familiar/responsable/tutor (firma, aclaración y en caso de que el firmante no sea la persona con discapacidad, su relación con el mismo) de forma ológrafa.

## 2.5.3. RECIBO CANCELATORIO

El prestador deberá presentar el recibo cancelatorio del último período cobrado sin excepción. Deberán contener la siguiente información:

- Fecha.
- Número completo de factura que cancela.
- En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del recibo, verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante