

DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITAR TRATAMIENTO DE DISCAPACIDAD

REQUISITOS A CUMPLIR POR EL/LA AFILIADO/A

A fin de cumplimentar los requisitos necesarios para la autorización, se solicita la siguiente información en un PLAZO NO MAYOR A 15 DIAS PREVIOS A LA INICIACION DEL TRATAMIENTO:

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____

Nº BENEFICIARIO (carnet): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____

(Si no es argentino indicar fecha de ingreso al país)

ESTADO CIVIL: _____

(Soltero-casado-divorciado-viudo)

DOMICILIO ACTUAL: _____

LOCALIDAD: _____ CP: _____

PROVINCIA: _____

TELEFONO CONTACTO: _____

(Obligatorio)

CELULAR: _____

TRABAJO: _____

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar

DATOS DEL TITULAR (recibo de sueldo)

CUIL DEL TITULAR: _____

CUIT DEL EMPLEADOR: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

DOMICILIO DEL EMPLEADOR: _____

CUANDO EMPEZÓ A TRABAJAR: _____

DEBE APORTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- FOTOCOPIAS DEL CARNET DEL/DE LA TITULAR Y DEL BENEFICIARIO.
- FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD **EN VIGENCIA**.
- FOTOCOPIA DE LOS ULTIMOS TRES PAGOS DE LA OBRA SOCIAL.
- EN EL CASO DE AFILIADOS MONOTRIBUTISTAS DEBERÁN PRESENTARSE LOS ULTIMOS SEIS TICKETS DE PAGO DEL MONOTRIBUTO **ANTERIORES** AL INICIO DE LA PRESTACIÓN Y LA FOTOCOPIA DE LA INSCRIPCIÓN U OPCIÓN ANTE LA AFIP.

Es condición que la afiliación se encuentre activa y regular

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar

Buenos Aires, de

de 201_

Señor Presidente

De la OSPACP

S / D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a ustedes por medio de la presente para solicitar el Subsidio/Reintegro para el/la paciente _____, por la/s prestación/es de _____ correspondientes al período _____; y presto conformidad para la realización de la misma, y su gestión ante la Superintendencia de Servicios de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para dicho trámite.

Sin otro particular saludo atte. -

Firma del padre, madre o tutor: _____

Aclaración: _____

D.N.I: _____

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar

REQUISITOS A CUMPLIMENTAR POR EL PROFESIONAL MÉDICO

TRATAMIENTO POR DISCAPACIDAD

1. Resumen de Historia Clínica, **donde conste evolución**, confeccionada por el médico tratante **externo a la institución** donde se asistirá el paciente. Dicho resumen debe consignar:
 - Nombre y Apellido del paciente.
 - Diagnóstico
 - Antecedentes
 - Evolución
 - Datos significativos de importancia
 - Planilla de FIM.
 - **Tratamiento solicitado** donde se incluya: tipo de prestación y modalidad, más el período de cobertura. *Por ejemplo: EGB Jornada Doble de enero a diciembre 2017* y si requiere transporte. **NO COLOCAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA**
 - En el caso que se solicite maestra de apoyo o modulo apoyo a la integración escolar (equipo), aclarar en la prescripción medica dicho tratamiento.
 - En los tratamientos ambulatorios se debe especificar la terapia que va a recibir, y la cantidad semanal de sesiones, más el período de cobertura. *Por ejemplo: Kinesiología 2 sesiones semanales de marzo a diciembre 2017.*
 - Colocar en la prescripción médica si el paciente requiere asistencia por presentar
 - Dependencia de terceros (por no valerse por sí mismo), la siguiente leyenda:

El paciente requiere de asistencia personalizada por presentar dependencia de terceros

- En los casos en que de requiriese de traslado especial, se deberá adjuntar el pedido de transporte. Cuando la discapacidad no sea motora deberá especificarse en el pedido del médico tratante los riesgos a los que estaría expuesto el beneficiario al viajar en transporte público.

Dicho pedido debe tener fecha anterior al inicio de prestación

TODAS LAS PRESTACIONES SOLICITADAS DEBEN TENER SU CORRESPONDIENTE PEDIDO MEDICO.

DOCUMENTACION A SOLICITAR A LOS PRESTADORES:

- Presupuesto original y fotocopia del establecimiento asistencial y/o profesional y/o transporte. (la fotocopia se devuelve autorizada si se cumplen todos los requisitos)
- Los profesionales junto con el presupuesto deberán presentar el plan de tratamiento y el ESTADO DEL PACIENTE AL INICIAR DICHO TRATAMIENTO.
- Fotocopia del REGISTRO DE INSCRIPCION y de la CATEGORIZACION de la institución y/o profesional en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE SALUD, para los casos de:
 - *Establecimientos asistenciales y ambulatorios que brindan prestaciones médicas.*
 - *Profesionales con Matrícula del Ministerio de Salud.*

Los profesionales deberán presentar además la fotocopia del título habilitante. (Solo estos dos comprobantes, no hace falta inscripción monotributo, constancia AFIP, etc.)

Están exentos de presentar esta documentación: Psicopedagogos, Maestros o Directores de escuelas especiales. En estos casos deberá presentarse fotocopia del título habilitante y certificado analítico que acredite la especialidad para la cual se encuentra habilitado.

- Constancia de alumno regular (escuela) y/o constancia de asistencia a la Institución y/o Profesional (terapia).
- Deberá presentar trimestralmente, en forma obligatoria, un informe de evolución del beneficiario confeccionado por el prestador que brinda la atención. En caso contrario no se recepcionará la facturación posterior al trimestre del cual falte dicho informe.
- Para la autorización de la prestación de Integración Escolar deberá presentarse copia del Acta Acuerdo firmada por el prestador, la escuela y los padres; además de las adaptaciones curriculares. Sin estos requisitos no se autorizará dicha prestación.
- Cronograma de las actividades diarias del beneficiario. (Adjunto planilla modelo)
- En el caso de solicitar transporte, habilitación de la remisería o del transporte especial y copia del seguro, según fuera el caso.

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar

NO SE ACEPTARAN SOLICITUDES DE PEDIDOS DE PRESTACIONES EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- Comienzo de la prestación retroactiva al pedido médico (ejemplo la fecha: 01/02/2016, no se podrá pedir prestación con comienzo 01/01/2016).
- Cuando el certificado de discapacidad haya sido expedido con posterioridad al comienzo de la prestación, o se encuentre vencido y no tenga turno para su renovación.

EN LOS CASOS DE CAMBIO DE PROFESIONAL SE DEBERA PRESENTAR:

- NOTA DEL PADRE, MADRE O TUTOR, DEJANDO CONSTANCIA DEL CAMBIO DE PRESTADOR, Y ADJUNTAR LA DOCUMENTACION DEL NUEVO PROFESIONAL, SIN NECESIDAD DE REHACER EL PEDIDO MEDICO.
- NOTA DEL PROFESIONAL O ESTABLECIMIENTO, INDICANDO LA FINALIZACION DEL TRATAMIENTO.

LA PRESTACION DEBE ESTAR AUTORIZADA PREVIO A LA INICIALIZACION DEL TRATAMIENTO.

PARA PRESTADORES:

1. CONFECCIÓN DEL PRESUPUESTO:

EL PRESUPUESTO DEBE ESTAR CONFECCIONADO A NOMBRE DE OSPACP.

CUIT: 30579628819 CHARCAS 2745 CABA. IVA EXENTO.

Debe contener los siguientes datos:

- Datos del Afiliado.
- Número de CUIT o CUIL del prestador.
- Condición frente al Impuesto a las Ganancias, IVA e Ingresos Brutos.
- Fecha. Dirección y teléfono.
- **Firma y sello de la institución y/o profesional que presenta el presupuesto**
- Tipo de prestación. Modalidad de prestación (ej.: kinesiología de lun a vie, 2 veces por semana, Etc.). Si incluye prácticas de diferentes especialidades, se deberá indicar la duración de cada sesión y la cantidad de sesiones por semana (ver modelo adjunto para profesionales).
- Período que abarca el presupuesto.
 - Informar si se incluye el almuerzo dentro de la modalidad de jornada simple o doble.
 - Plan de tratamiento para el paciente.
 - Importe mensual de acuerdo a la categorización.
 - En caso de Profesionales deberá especificarse el importe por sesión, el total de sesiones al mes, y el total del importe mensual.

Para Transporte (ver modelo adjunto) se debe agregar la siguiente información:

- Un presupuesto por cada recorrido realizado.
- Detalle exacto de cada recorrido (de donde a donde)
- Valor unitario del Km
- Cantidad de Kms. por viaje
- Cantidad total de Kms mensuales
- Cantidad de días viajados al mes
- Costo total mensual
- Certificado por el programa Google map, los kilómetros totales recorridos (de donde a donde)

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar

- Cada cambio de prestador o modificación en el importe de las prestaciones deberá ser previamente informado. Se deberá presentar un nuevo presupuesto y de ser necesario se solicitará una nota explicando los motivos del cambio.

2. FACTURACIÓN:

1-La factura deberá ser confeccionada a nombre de OSPACP - CUIT: 30579628819 CHARCAS 2745 CABA. IVA EXENTO.

1. En concepto indicar la prestación que corresponde, mes de prestación, nombre y CUIL del beneficiario, se debe además detallar el módulo y la categorización que le corresponde al centro; en el caso de los profesionales se deberá especificar: cantidad de sesiones a las que asistió el paciente en el mes, valor en \$ de la sesión y Valor en \$ del total de las sesiones.
2. Para el transporte deberá detallarse: Recorrido realizado (desde donde hasta donde), Valor unitario del Km, Cantidad de Kms y costo por viaje, Cantidad de días viajados al mes, Cantidad total de Kms y costo mensual e Indicar el mes facturado.

Importante: Se deberá facturar en forma mensual y separado por tipo de prestación.

1. Tiempos de presentación de FACTURAS

Las facturas se presentarán a mes vencido.

2. Forma de presentación:

Se deberá adjuntar:

- a) **Factura y constancia de asistencia originales** de la institución y/o planilla de asistencia a terapia con profesional particular, junto con el informe evolutivo del mes facturado.
- b) En caso de ser monotributista deberá adjuntar una copia del pago correspondiente al mes de prestación facturado.

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar

El importe total de la factura deberá ser igual al del presupuesto aprobado en el expediente inicial. Recordar que ante cualquier cambio de prestador o importe se deberá informar a este sector a fin de cumplir los requisitos administrativos.

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar

MODELO DE PRESUPUESTO PARA PROFESIONALES

Información que no puede faltar en el presupuesto. No hace falta llenar este formulario si se presenta el presupuesto del profesional.

DATOS DEL PROFESIONAL

NOMBRE Y APELLIDO:

CUIT:

DIRECCION Y TELEFONO:

E-MAIL:

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:

TIPO DE PRESTACION:

CANTIDAD DE SESIONES POR SEMANA:

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES:

VALOR DE LA SESION:

VALOR TOTAL MENSUAL:

PERIODO DE COBERTURA:

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar

MODELO DE PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE

Información que no puede faltar en el presupuesto. No hace falta llenar este formulario si se presenta el presupuesto del transporte.

DATOS DEL TRANSPORTE

RAZON SOCIAL DE LA REMISERIA O TRANSPORTE ESCOLAR:

NOMBRE DE FANTASIA:

DIRECCION:

TELEFONO:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO:

DIRECCION:

DETALLE DEL RECORRIDO:

CANTIDAD DE VIAJES POR DIA:

CANTIDAD DE VIAJES POR MES:

CANTIDAD DE KM POR VIAJE:

CANTIDAD DE KM MENSUALES:

VALOR DEL KM:

VALOR TOTAL \$ MENSUAL:

PERIODO DE COBERTURA:

Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar