

O.S.P.A.C.P

DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITAR TRATAMIENTO DE DISCAPACIDAD REQUISITOS A CUMPLIR POR EL/LA AFILIADO/A

Se notifica que toda la documentación para gestionar la solicitud de prestaciones educativas y de rehabilitación, sólo serán recibida desde la casilla del titular de la Obra social, no se recibirán solicitudes desde la casilla de los prestadores.

Por lo tanto, le solicita a los prestadores que le faciliten la documentación COMPLETA Y ORDENADA a la familia para una gestión más eficiente.

- La documentación para evaluar prestaciones de discapacidad a realizarse durante el año 2024 será recibida **SOLO** en forma digital, la misma debe ser enviada a la siguiente casilla: discapacidad@ospacp.org.ar
- 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.
- Toda la documentación debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, cambios de tinta y/o letra.

NO es necesario PRESENTAR la documentación ORIGINAL EN LAS DELEGACIONES O EN SEDE CENTRAL

En el asunto del mail especificar:

- Nombre y apellido del beneficiario que recibe las prestaciones
- DNI
- N° de afiliado

La documentación debe ser chequeada por el beneficiario antes de ser enviada, que esté correcta y legible, y que el módulo de prestaciones que van a enviar se ajuste a lo que reconoce la SSSALUD por mecanismo integración, ya que no se procesarán facturas de prestaciones que no estén previamente autorizadas o períodos vencidos que estén fuera de la vigencia

Según *Resolución 360/2023* de la Superintendencia de Servicios de Salud, los requisitos para la presentación de la documentación son los siguientes:

1. Documentación personal del afiliado

- Formulario de datos personales del afiliado Formulario N°01
- Copia de DNI, ambos lados del titular.
- Copia de DNI del beneficiario que recibe la prestación
- Constancia de CUIL de ANSES de ambos. <https://www.anses.gob.ar/consulta/constancia-de-cuil>
- Copia VIGENTE del CUD y en caso de estar vencida la prórroga, enviar el renovado según Ley N° 22.431.
- Copia de los últimos 6 comprobantes de pagos del Monotributo, previos a iniciar el tratamiento (*En el caso de tener deuda durante el año, se suspende el tratamiento autorizado, hasta que se regularice el pago de la misma*)

2. Documentación médica del afiliado

- Resumen de historia clínica completa, en la cual se detallen antecedentes terapéuticos, medicación (en caso de que la hubiera).
- Órdenes médicas completas. Las mismas deben tener fecha de emisión anterior al inicio del tratamiento, y los datos que no deben faltar en la misma son:
 1. Nombre y apellido del beneficiario
 2. DNI
 3. Diagnóstico según CUD
 4. Tipo de prestación. (escuela, terapia, transporte, etc.)
 5. Modalidad y/o cantidad semanal de sesiones.
 6. Período de cobertura

Por ejemplo: Centro de Día Jornada Doble de enero a diciembre 2024.

- La orden médica debe tener firma ológrafa, sin enmiendas ni tachaduras.
- No colocar el nombre de la Institución en la prescripción médica
- En aquellos casos, en que el médico tratante indique la necesidad de cubrir dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con centro de día, Hogar con centro educativo terapéutico, centro de día y centro educativo terapéutico, la tabla FIM que justifique dicha solicitud, debe estar emitida por Lic.En Terapia ocupacional. Además, se debe adjuntar el detalle de los apoyos a brindar por parte del prestador que justifiquen la cobertura de la dependencia.
- Las prestaciones escolares no se autorizarán en el mes de enero

El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta neta responsabilidad del prestador y el afiliado. Esta situación no obliga a OSPACP a cubrir las prestaciones.

3. Documentación de los prestadores

Instituciones:

1. Fotocopia de la resolución completa de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, según Resol. Ministerial 444/14;
2. Fotocopia de la resolución completa de Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad (SNR), para los casos en que no corresponda la inscripción en el RNP;
3. Constancia de CUIT;
4. Presentación del formulario de Alta de Proveedores Formulario N°09
5. Para solicitudes de Hogar en cualquiera de sus modalidades, se debe presentar informe de trabajador social.

Profesionales Independientes:

1. Fotocopia doble faz de título habilitante.
2. Inscripción vigente en registro nacional de prestadores. En aquellos casos, en que el título impidiera la inscripción del profesional en dicho registro (únicamente para la prestación Maestra de Apoyo), deberán enviar la correspondiente constancia de prestador habilitado para brindar prestaciones por mecanismo de integración
www.sssalud.gob.ar/index.php?cat=consultas&page=prest_integracion
Las prestaciones de rehabilitación en consultorio solamente pueden ser brindadas por profesionales debidamente matriculados e inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores.
3. Constancia de CUIT
4. Presentación del formulario de Alta de Proveedores Formulario N° 09
 - 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. Asimismo, los objetivos de dicho plan deberán ajustarse a las incumbencias profesionales del terapeuta.
 - No se habilitarán tratamientos con prestadores o instituciones que no se encuentren correctamente registrados o categorizados para las prestaciones que están presupuestando.
 - El plan de trabajo del prestador 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 deberán confeccionar informes semestrales que den cuenta de los objetivos específicos y diferenciados alcanzados.
 - En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada. La autorización requiere en todos los casos del análisis del equipo interdisciplinario de discapacidad.
 - La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no otorga derecho al

profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte de OSPACP, ni obliga a la obra social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

- 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 solicitará documentación ampliatoria por las prestaciones solicitadas si lo considera necesario para determinar cobertura.

Es responsabilidad de los afiliados la presentación de los legajos completos con antelación al periodo prestacional solicitado. La Obra Social se reserva el derecho de requerir cambio de prestador en caso de detectarse irregularidades en las auditorías que se realicen.

Toda la documentación debe tener la firma del prestador en forma ológrafa.

Requisitos específicos para cada prestación

Equipo de Integración Escolar o Maestra de Apoyo Escolar

1. Constancia de ALUMNO REGULAR original del Establecimiento Educacional al que asiste el beneficiario. Deberá ser presentada dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del ciclo lectivo.
2. Acta Acuerdo de Integración firmada por la docente integradora/ representante del equipo integrador, padres del afiliado y representante legal de la escuela donde se realice la integración. Formulario N° 05
3. Presupuesto 2024 emitido por equipo Integrador o Maestro/Profesor de Educación Especial y/ o Psicopedagogo que realice el Apoyo a la Integración Escolar. Formulario N° 06 (La cobertura de las prestaciones por discapacidad será habilitada conforme el Nomenclador dispuesto por la SSSalud y de acuerdo a los aranceles que reglamente el Ministerio de Salud, publicados en el Boletín Oficial.)
4. Informe inicial y/o evolutivo (según corresponda) con firma y sello del profesional que lo emite y/o representante del equipo integrador. En el mismo se debe especificar:
 - Grado o nivel en que se encuentra el niño.
 - Plan de trabajo 2024, en donde se detallen las reuniones con los padres/docentes de grado, docentes especiales y coordinador, proyecto de integración con objetivos y adaptaciones curriculares por área.
5. En el caso de psicopedagogos, maestros/profesores en educación especial independientes que, debido a no poseer título de grado se encuentren imposibilitados de inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud presentar:
 - Fotocopia del DNI, fotocopia doble faz de título habilitante, certificado analítico de materias y de la matrícula.
6. Conformidad firmada por el beneficiario, familiar responsable y/o tutor al inicio del tratamiento Formulario N° 02
7. El apoyo a la integración escolar y el transporte a la escuela tienen cobertura hasta el nivel secundario inclusive.
 - 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. Asimismo, los objetivos de dicho plan deberán ajustarse a las incumbencias profesionales del terapeuta.
 - No se habilitarán tratamientos con prestadores o instituciones que no se encuentren

correctamente registrados o categorizados para las prestaciones que están presupuestando.

- El plan de trabajo del prestador 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 deberán confeccionar informes semestrales que den cuenta de los objetivos específicos y diferenciados alcanzados.
- En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada. La autorización requiere en todos los casos del análisis del equipo interdisciplinario de discapacidad.
- La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no otorga derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte de OSPACP, ni obliga a la obra social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- 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 solicitará documentación ampliatoria por las prestaciones solicitadas si lo considera necesario para determinar cobertura.

Prestaciones de apoyo / terapias individuales

1. Informe inicial y/o evolutivo (según corresponda) firmado y sellado por el profesional interviniente
 2. Plan de tratamiento 2024, en el cual se debe detallar objetivos a lograr con el tratamiento y estrategias a implementar para el logro de los mismos. Al igual que el informe, debe presentarse con firma y sello del profesional interviniente
 3. Presupuesto 2024 completo. Formulario N° 06
 4. Conformidad firmada por el beneficiario, familiar responsable y/o tutor al inicio del tratamiento Formulario N° 02.
 5. Documentación del profesional, detallada anteriormente en ítem “profesionales independientes”.
- 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. Asimismo, los objetivos de dicho plan deberán ajustarse a las incumbencias profesionales del terapeuta.
 - No se habilitarán tratamientos con prestadores o instituciones que no se encuentren correctamente registrados o categorizados para las prestaciones que están presupuestando.
 - El plan de trabajo del prestador 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 deberán confeccionar informes semestrales que den cuenta de los objetivos específicos y diferenciados alcanzados.
 - En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada. La autorización requiere en todos los casos del análisis del equipo interdisciplinario de discapacidad.
 - La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no otorga derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte de OSPACP, ni obliga a la obra social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
 - 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 solicitará documentación ampliatoria por las prestaciones solicitadas si lo considera necesario para determinar cobertura.

- Las terapias de rehabilitación de más de una especialidad se evaluarán como módulos integrales (Res. 428 / 1999). De esta manera, se contemplará facturación hasta el tope de los valores dispuestos para módulos integrales.

Transporte

1. Declaración jurada del domicilio donde vive la persona con discapacidad y/o Certificación de Domicilio emitido por departamento policial. Acreditar el pedido con el detalle de las direcciones correspondientes en la justificación médica pertinente mediante el Resumen de Historia Clínica. El acceso al presente beneficio, se autorizará a aquellos pacientes que se vean imposibilitados de utilizar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314 art 22 inc. a). y acompañen una justificación médica precisa de dicha necesidad.
 2. Presupuesto, según Modelo de TRANSPORTE con nombre del beneficiario y periodo de prestación, indicando domicilio de origen y de destino, días y horarios. Se contemplará kilometraje diario con la verificación en GOOGLE MAPS, resultando autorizado el recorrido de menor distancia, reconociendo hasta 1500 kilómetros mensuales entre todos los recorridos. La cobertura a brindar siempre será para los destinos de rehabilitación y escolaridad. No se autorizan horas de espera, ni recorridos que no impliquen la ida y vuelta del paciente a la rehabilitación y/o la escolaridad. Asimismo, serán tomados como válidos los recorridos diarios efectivamente realizados, corroborando con el cronograma de días y horarios informados en el consentimiento del diagrama del Traslado según Resol.887/17, y verificados en planilla de asistencia de la prestación que realiza. No se contemplarán viajes de días feriados, paros o de otra índole. Se incluye modelo en este instructivo. Formulario N° 08 (La cobertura de las prestaciones por discapacidad será habilitada conforme el Nomenclador dispuesto por la SSSalud y de acuerdo a los aranceles que reglamente el Ministerio de Salud, publicados en el Boletín Oficial.)
 3. Acompañar un Certificado de cobertura 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".
 4. Fotocopia del DNI y del Registro de Conducir del transportista D1 D2, Constancia de Inscripción en AFIP, Verificación técnica vehicular y Habilitación Municipal de la compañía de transporte o remisería.
 5. Confeccionar una factura con el detalle de cada recorrido y acompañarla con una planilla de recorrido firmada por la madre tutor o acompañante, que coincida con lo declarado en el presupuesto.
 6. Declaración Jurada de no posesión de Vehículo otorgado por el Servicio Nacional de Rehabilitación, firmada por el titular. Formulario N° 07
 7. Presentación del formulario de Alta de Proveedores Formulario N° 09
 8. Conformidad firmada por el beneficiario, familiar responsable y/o tutor al inicio del tratamiento Formulario N° 03
- 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. Asimismo, los objetivos de dicho plan deberán ajustarse a las incumbencias profesionales del terapeuta.

- No se habilitarán tratamientos con prestadores o instituciones que no se encuentren correctamente registrados o categorizados para las prestaciones que están presupuestando.
- En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada. La autorización requiere en todos los casos del análisis del equipo interdisciplinario de discapacidad.
- La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no otorga derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte de OSPACP, ni obliga a la obra social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- 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 solicitará documentación ampliatoria por las prestaciones solicitadas si lo considera necesario para determinar cobertura.

EN LOS CASOS DE CAMBIO DE PRESTADORES SE DEBERÁ PRESENTAR:

- NOTA DEL PADRE, MADRE O TUTOR, DEJANDO CONSTANCIA DEL CAMBIO DE PRESTADOR, DETALLANDO PERIODO Y ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN DEL NUEVO PROFESIONAL, SIN NECESIDAD DE REHACER EL PEDIDO MÉDICO.formulario*4

NO SE ACEPTARÁN PRESTADORES QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS.

El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta neta responsabilidad del prestador y el afiliado. Esta situación no obliga a OSPACP a cubrir las prestaciones.

FACTURACIÓN:

La facturación debe ser enviada en forma digital del 1 al 10 de cada mes POR EMAIL A LA CASILLA FACTURAS.INTEGRACION@audisalud.net

En el asunto del mail especificar:

- Nombre y apellido del beneficiario que recibe las prestaciones
- DNI

Recuerden que siempre la facturación mensual debe ir acompañada de la planilla de asistencia que acredite las prestaciones facturadas, y copia de la autorización enviada.

Por último, les recordamos que los meses que no puedan ingresar por Mec. De integración NO serán abonados, quedando a criterio del centro médico la modalidad de pago de los mismos

Los datos para la facturación son los siguientes:.....

- La factura deberá ser confeccionada a nombre de O.S.P.A.C.P.

CUIT: 30-57962881-9 CHARCAS 2745 CABA. IVA EXENTO.

- En concepto indicar:

1. La prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

2. Mes de prestación

3. Nombre Completo y DNI del beneficiario

4. En el caso de los centros, se debe aclarar además del módulo, tipo de jornada (simple o doble), la categorización del establecimiento, si correspondiere, la dependencia. En el caso de facturar comedor, deberá presentarse en una factura a parte.

5. En el caso de los profesionales se deberá especificar: cantidad de sesiones a las que asistió el paciente en el mes, y el valor unitario de la sesión.

6. Para el transporte deberá detallarse: Recorrido realizado (dirección de origen y destino), cantidad de kilómetros por viaje, cantidad de viajes por día y mensual. Cantidad total de Kms mensuales. Indicar si incluye dependencia.

Sólo se le dará curso a las facturas que sean legibles y tengan todos los datos completos.

Deben enviar el archivo que genera el AFIP.

Si envían facturas de varios afiliados, se debe enviar la documentación separada por cada beneficiario.

RECIBOS

Todos los recibos de pago se deben enviar FACTURAS.INTEGRACION@audisalud.net

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO QUE RECIBE PRESTACIONES:

.....

DNI:

.....

.....

CUIT:

.....

.....

DIAGNÓSTICO:

.....

.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:

.....

TELÉFONO PARTICULAR: CEL:

.....

TELÉFONO ALTERNATIVO (INDICAR A QUIÉN PERTENECE):

.....

MAIL:

.....

.....

DOMICILIO:

.....

LOCALIDAD:

.....

GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VÍNCULO):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OTROS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AÑO 2024 - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 360/22 SSS/MS

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado o DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación _____

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2024.

2. Prestación _____

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2024.

3. Prestación _____

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2024.

4. Prestación _____

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2024.

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 detalladas precedentemente.

Firma: Aclaración: Documento:

.....

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSPORTE AÑO 2024 - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 360/22 SSS/MS

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado o DNI:

Yo.....con

Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad al
diagrama de traslados por el período desde.....

Hasta..... 2024.

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 detalladas precedentemente.

Firma: Aclaración: Documento:

.....

Lugar y fecha:

.....

MODELO DE NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR / BAJA DE PRESTADOR

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

Sres. (Obra social),

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un cambio de prestador para el beneficiario.....

.....

con DNI.....

Nuevo prestador:

Prestación:

Mes de Inicio:2024.

Se deja constancia de la baja del prestador

..... quien prestó el servicio hasta el mes de 2024.

Observaciones:

.....

.....

.....

Firma del Afiliado/Representante*:

**En caso de ser el representante, detallar parentesco*

Aclaración:

DNI:

ACTA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

A los..... días del mes de..... de.....,
en la localidad de..... Buenos Aires, se
reúnen.....

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

Para acordar los siguientes aspectos del niño/a

.....

DNI socio de la obra social

.....

Nº de afiliado

El horario de Acompañante (Figura válida para la Institución educativa) o Maestra de Apoyo a la Integración Escolar (Figura válida para la Obra Social según Nomenclador Nacional para las personas con Discapacidad); dentro del recinto escolar será en los días en la franja horaria a

El rol consistirá en asistir al niño/a dentro de la dinámica áulica y dichas intervenciones serán a nivel asistencial y en el campo pedagógico siempre que la actividad lo requiera.

Se trabajará mancomunadamente con la docente de grado y la psicopedagoga en el caso que corresponda.

Se buscará la mayor autonomía por parte del niño/a integrado, que pueda respetar los tiempos de actividad dentro del aula.

Promover mayores niveles atencionales.

La totalidad de los honorarios del Módulo de equipo Integrador y/o profesional destinado al caso es solventada directamente por la O. Social con los valores establecidos y en cumplimiento de la Resol. Vigente Nº..... según el nomenclador básico para las personas con Discapacidad del niño/a acompañar.

En prueba de dicho acuerdo, los interesados firman al pie dos ejemplares.

A los..... días del mes de..... del
año.....

.....
.....

Firma Padre /Tutor

Firma Integrador

Firma Resp. Escuela

PRESUPUESTO INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES INDEPENDIENTES

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

Señores (Obra Social).....

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2024.

Afiliado..... DNI:.....

Modalidad..... (virtual/presencial):

Período solicitado: 2024

hasta..... 2024.

Cantidad de sesiones semanales..... Cantidad de sesiones mensuales.....

Valor de la sesión según Resol. Vigente..... Monto mensual.....

Especificar con una X en caso de corresponder:

Jornada Simple

Jornada Doble

Incluye dependencia

Aclaraciones:

Especialidad /Prestación:

Prestador:.....

.....Categoría:.....

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	De_____	De_____	De_____	De_____	De_____	De_____
	A_____	A_____	A_____	A_____	A_____	A_____

Teléfono:..... N° de

CUIT:.....

E-Mail:.....Domicilio.....

Firma y sello del Prestador

Aclaración / DNI / N° de Matrícula

DECLARACIÓN JURADA DE NO POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO

FECHA:/...../.....

Señores Obra Social:.....

De nuestra mayor consideración:

Por la presente, y a requerimiento del Sistema Único de Reintegro,
doy conformidad que NO poseo vehículo adquirido por franquicia otorgada por el Servicio
Nacional de Rehabilitación para mi hijo/a con DISCAPACIDAD.

Sin más, saludo a Uds. atte.

Firma del Padre, Madre o Tutor:

Aclaración:

DNI:

MODELO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha: / / Señores (Obra Social)

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2024.

Afiliado.....DNI:

Período solicitado: 2024
hasta.....2024.Cantidad de Kilómetros semanales..... Cantidad de kilómetros
mensuales.....Valor del Kilómetro (\$)..... Monto mensual
(\$).....Compañía de Seguro:..... Póliza
N°:.....Fecha de vencimiento del Seguro:..... Fecha de vencimiento de
VTV:.....*Especificar con una X en caso de corresponder:* Incluye dependencia

Recorridos	Detallar prestación al que se traslada	Km por día	Km por mes
RECORRIDO 1	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
RECORRIDO 2	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
RECORRIDO 3	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
Cantidad total de kilómetros			

Observaciones:

.....
.....

Prestador:

.....
.....

CUIT:Teléfono:

Mail:.....Domicilio:.....

Firma y sello del Prestador

Aclaración / DNI

ALTA DE PROVEEDORES

DATOS INSTITUCIONALES

Razón social:

Domicilio

Calle.....N°..... Piso.....

Dpto.....

Localidad.....

CP:..... Provincia:

Teléfono:.....

Dirección de correo electrónico:.....

Nº de inscripción en la SSSalud:.....

DATOS IMPOSITIVOS

CUIT:.....

Razón social:.....

Condición respecto del IVA: Exento Inscripto Monotributo

Condición respecto de Ganancias: Exento No exento

Condición respecto a Ingresos Brutos: Local Convenio multilateral Régimen simplificado Ex

Nº de Inscripción en Ingresos Brutos:

(*) En caso de poseer exenciones adjuntar documentación respaldatoria.

Médico: No Si Matric. N° Matriculado en: Bs As Otra

Tipo de Prestación: Turismo Centro médico Otro Discapacidad

Especificar.....

DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE PAGOS / TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA*

Denominación de la cuenta:.....

CUIT del titular de la

cuenta:.....
.....

Cheque a nombre
de:.....
.....

Banco con el que
opera:.....
.....

N° de Sucursal del
Banco:.....
.....

Tipo de cuenta: Cuenta Corriente Caja de Ahorro

N° de
Cuenta:.....
.....

CBU de la
Cuenta:.....
.....

E-mail institucional para avisos de
pagos:.....

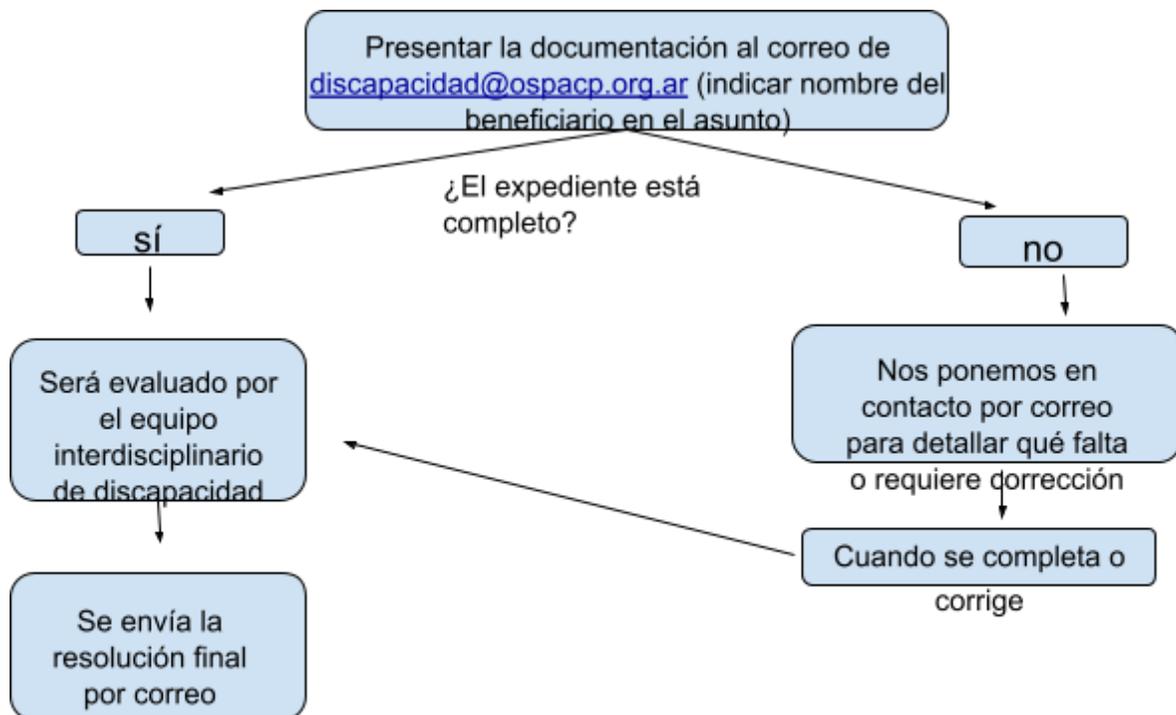
*Adjuntar constancia de CBU

.....
.....

Firma

Aclaración

*Toda la documentación y consultas deben ser enviadas al correo de
discapacidad@ospacp.org.ar*



El proceso de análisis demora entre 20 y 25 días hábiles desde el día que se completa el legajo

Toda la documentación y consultas deben ser enviadas al correo de discapacidad@ospacp.org.ar

CONFORMIDAD DEL INSTRUCTIVO 2024 OSPACP

Lugar y Fecha: _____

Bajo conformidad, la familia y los prestadores quedan debidamente notificados sobre el Instructivo 2024 de Discapacidad de OSPACP.

Nombre y DNI del beneficiario:

Firma y aclaración del titular:

PRESTADORES

Firma, aclaración y tipo de prestación que brinda:

Firma, aclaración y tipo de prestación que brinda:

Firma, aclaración y tipo de prestación que brinda:

Firma, aclaración y tipo de prestación que brinda:

Firma, aclaración y tipo de prestación que brinda:

Firma, aclaración y tipo de prestación que brinda:

Firma, aclaración y tipo de prestación que brinda:

F.I.M. (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

APELLIDO Y NOMBRE:

D.N.I.:

Nº AFILIADO:

DIAGNOSTICO:

EDAD:

Deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación y / o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

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.

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCAUIDADO	
1	1 ALIMENTACION	
2	2 ASEO PERSONAL	
3	3 BAÑO	
4	4 VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	5 VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	6 USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	7 CONTROL DE INTESTINOS	
8	8 CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	9 TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	10 TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	11 TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	12 MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	13 ESCALERAS	
	COMUNICACION	
14	14 COMPRESION	
15	15 EXPRESION	
	CONEXION	
16	16 INTERACCION SOCIAL	
17	17 RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	18 MEMORIA	
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que medidas se han tomado para superar la situación.

2. ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene?

3. HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5. VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocarrísticas de la dependencia.

6. USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7. CONTROL DE INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

8. CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié. Grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12. MARCHA / SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13. ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.

14. COMPRESIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

15. EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16. INTERACCIÓN SOCIAL: Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17. MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

EVALUACIÓN GLOBAL: Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.