

INTRODUCCIÓN:

Estimados beneficiarios, en base al crecimiento logrado en los últimos años y a nuestro gran compromiso como equipo para ustedes, en la Obra Social queremos brindarles a nuestros afiliados una atención más personalizada. Que se base en un diálogo directo y escucha activa de sus preocupaciones y necesidades, es por eso que desde el Consejo Directivo se tomó la decisión de que sea la Obra Social quien lleve a cabo la tarea de comunicación con los beneficiarios y prestadores, para la recepción y autorización de los legajos de Discapacidad correspondiente al Ciclo 2022.

Nuestro objetivo es que ustedes, nuestros beneficiarios, tengan un espacio exclusivo en conjunto con la Obra Social, en donde puedan expresar sus necesidades con el fin de lograr una mejor comunicación y agilidad para la gestión de las prestaciones.

Es por esto, que elaboramos una guía detallada para dar curso a las prestaciones del próximo año, pensando en una correcta continuidad del tratamiento y en una mejor atención, tanto administrativa como prestacional de nuestros beneficiarios.

LEGAJOS 2022:

El expediente completo deberá contar con la documentación que se detalla a continuación: los Formularios a utilizar se encuentran en la sección FORMULARIOS de este archivo y también se pueden descargar desde nuestra página web: www.osconara.com.ar.

En todos los casos:

- Deben estar cumplimentados en su totalidad y con letra legible/completados vía digital.
- La fecha de emisión debe ser anterior al inicio del tratamiento.
- La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO:

1. CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD
2. FORMULARIO - DATOS DEL BENEFICIARIO
3. PEDIDO MÉDICO: elaborado por médico tratante en donde indique terapia, cantidad semanal y periodo del año comprendido.
4. FORMULARIO - ANEXO II
5. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: Debe contar informe de evolución en base a las terapias recibidas el año anterior, objetivos del tratamiento prescrito y diagnóstico de la patología discapacitante. Debe estar confeccionado por el médico tratante especialista y NO puede formar parte de ninguna institución que atienda al beneficiario.

DOCUMENTACIÓN DE LOS PRESTADORES / INSTITUCIONES:

1. FORMULARIO - FICHA DEL PRESTADOR
2. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE LA AFIP
3. CONSTANCIA DE CBU
4. FORMULARIO - PLAN DE TRATAMIENTO / PLAN DE ABORDAJE: en el cual conste el período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
5. INFORME EVOLUTIVO DEL AÑO ANTERIOR (en caso de continuidad): en el cual conste el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
6. INFORME INICIAL (en caso de nueva prestación/ nuevo prestador) se deberá realizar en base a las entrevistas de admisión antes de comenzar la terapia. En el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
7. FORMULARIO - PRESUPUESTO PARA PRESTACIONES AMBULATORIAS / MAESTRO DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN / INSTITUCIONES.
8. TÍTULO HABILITANTE Y MATRÍCULA
9. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP) O CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (SNR) SEGÚN CORRESPONDA.
10. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
11. HABILITACIÓN DEL CONSULTORIO O MUNICIPAL SEGÚN CORRESPONDA.
12. Solo en caso de maestra de apoyo / módulo de apoyo a la integración escolar: PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL CON DETALLE DE ADECUACIÓN CURRICULAR EN CASO DE QUE CORRESPONDA, CONFECCIONADA POR PROFESIONAL/EQUIPO TRATANTE, CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR Y ACTA DE ACUERDO. Deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
13. 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.

DOCUMENTACIÓN DE TRANSPORTE:

1. FORMULARIO - PRESUPUESTO DE TRANSPORTE
2. LICENCIA DE CONDUCIR
3. HABILITACIÓN MUNICIPAL Y PÓLIZA DE SEGURO CON EL ÚLTIMO COBRO
4. CONSTANCIA DE VTV
5. RECORRIDO SEGÚN GOOGLE MAPS firmado por el beneficiario.
6. En caso de solicitar dependencia 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.

CIRCUITO DE AUTORIZACIÓN:

Cada prestador deberá enviar toda la documentación vía mail a integracion@osconara.com.ar, con un mínimo 30 días previos al inicio de las prestaciones. En el asunto se debe indicar nombre, apellido y DNI del beneficiario. Los originales deben ser preservados por el beneficiario, hasta tanto se requieran en formato original.

El Equipo Interdisciplinario de la Obra Social realizará los controles administrativos y prestacionales pertinentes sobre el expediente, evaluando la evolución y resultados del tratamiento. En caso de estar completo enviará la correspondiente autorización directamente a los prestadores con copia al beneficiario, junto con su usuario de SAAS, contraseña e instructivo para realizar la carga de facturación mensual.

En caso de estar incompletos, se solicitará la documentación faltante a los prestadores y/o al beneficiario y no se podrá dar curso a la prestación solicitada con documentación faltante. Si se requiera agregar documentación al legajo ya enviado o informar modificaciones en el tratamiento, deberá efectuarlo vía mail.

Los formularios, no deben poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello o aclaración del responsable de completar y firmar el formulario.

Las prestaciones serán cubiertas únicamente por el período de validez del Certificado Único de Discapacidad (CUD). Importante: si el CUD tiene una fecha de vencimiento cercana a la de la solicitud de las presentaciones, gestione la renovación de este con la debida anticipación, para evitar demoras.

Si necesitara efectuar cambio de prestador o abandono de tratamiento, deberá informar mediante el formulario a la obra social enviando el mismo por mail. Se adjunta modelo en la sección Formularios.

Por favor, tenga en cuenta que, el inicio de las prestaciones sin autorización previa no obliga a otorgar la cobertura, debido a que en todos los casos se requiere del análisis de la Auditoría del Área de Discapacidad de la Obra Social.

CONTACTO PARA BENEFICIARIOS Y PRESTADORES CON EL SECTOR DE ORIENTACIÓN DE SERVICIOS Y CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

MAIL: integracion@osconara.com.ar

TELÉFONO EXCLUSIVO: (011) 7013-7022. **SEDE CENTRAL:** (011) 4362-0080 INT: 107

SEDE CENTRAL: Pinzón 279, CABA.

ANEXO II. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

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

Número de Afiliado: _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Yo.....con Documento Tipo (.....) N°, 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 la prestación: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la 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 detalladas precedentemente.

Firma:..... Aclaración:Documento:

FORMULARIO DATOS DEL BENEFICIARIO

DATOS DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DOCUMENTO: _____
 DOMICILIO: _____
 MAIL: _____ TELÉFONO FIJO/CELULAR: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DOCUMENTO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ Tel Fijo/Móvil: _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES TOTALES: se deben incluir todo tipo de actividades ya sean con profesionales, escuela, centros de día, etc.

| HORARIO | | DÍAS | | | | | |
|---------|--------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DESDE | HASTA | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO |
| 8: | 9: | | | | | | |
| 9: __ | 10: __ | | | | | | |
| 10: | 11: | | | | | | |
| 11: __ | 12: __ | | | | | | |
| 12: | 13: | | | | | | |
| 13: __ | 14: __ | | | | | | |
| 14: | 15: | | | | | | |
| 15: __ | 16: __ | | | | | | |
| 16: | 17: | | | | | | |
| 17: __ | 18: __ | | | | | | |
| 18: | 19: | | | | | | |
| 19: __ | 20: __ | | | | | | |
| 20: | 21: | | | | | | |

FIRMA DEL BENEFICIARIO

ACLARACIÓN

VÍNCULO FAMILIAR
RESPONSABLE

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

CUIT: _____

TELÉFONO FIJO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

MAIL: _____

OTROS DATOS

CBU: _____

TITULO HABILITANTE: _____

DOMICILIO DE ATENCIÓN: _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO/ INSTITUCIÓN: _____

FIRMA Y SELLO

ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): ___/___/___

DIAGNÓSTICO: _____

TIPO DE PRESTACIÓN: _____

PERIODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

INFORME EVOLUTIVO (MARQUE LO QUE CORRESPONDA):

- Inicio del Tratamiento: informe de evaluación inicial según diagnóstico.
- Continuidad del Tratamiento: informe evolutivo que señale objetivos a corto y a largo plazo logrados y no logrados de acuerdo al Plan de Tratamiento presentado el año anterior.

MODALIDAD: PRESENCIAL VIRTUAL MIXTA

OBJETIVOS A CORTO Y LARGO PLAZO:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL BENEFICIARIO

ACLARACION

ACLARACION

**FORMULARIO PARA PRESUPUESTO PRESTACIONES AMBULATORIAS
(KINESIOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, ETC)**

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): ___/___/___
 NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____
 LUGAR DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____
 CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

TIPO DE PRESTACIÓN: _____
 PERIODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____
 CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: _____ MENSUALES: _____
 MONTO POR PRESTACIÓN: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DESDE | | | | | | |
| HASTA | | | | | | |

 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

 ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el profesional.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

DNI DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

 FIRMA DEL BENEFICIARIO

 DNI

 ACLARACIÓN

 VÍNCULO

**FORMULARIO PARA PRESUPUESTO PRESTACIONES MAESTROS DE APOYO /
EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR**

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____

CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

DOMICILIO DE LA ESCUELA: _____

CORREO ELECTRONICO/TELEFONO DE LA ESCUELA: _____

TIPO DE PRESTACIÓN: MAESTRO DE APOYO EQUIPO DE APOYO

PERIODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

CANTIDAD DE HORAS SEMANALES: _____ MENSUALES: _____

MONTO MENSUAL: \$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA EN ESCUELA:

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DESDE | | | | | | |
| HASTA | | | | | | |

En caso de equipo de apoyo a la integración: listado de profesionales que lo componen.

| NOMBRE | APELLIDO | ESPECIALIDAD | N° DE MATRÍCULA | FIRMA Y SELLO |
|--------|----------|--------------|-----------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el/los profesional/profesionales.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD: _____

DNI DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DNI

ACLARACIÓN

VÍNCULO

FORMULARIO PARA PRESUPUESTO EN INSTITUCIONES

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): ___/___/___
 NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN: _____
 CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____
 DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN: _____
 NÚMERO DE HABILITACIÓN: _____
 TIPO DE PRESTACIÓN: _____
 PERIODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____
 MONTO MENSUAL: \$ _____
 TIPO DE JORNADA: SIMPLE DOBLE REDUCIDA
 CATEGORÍA DE LA INSTITUCIÓN: A B C
 OBSERVACIONES: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DESDE | | | | | | |
| HASTA | | | | | | |

 FIRMA Y SELLO DEL
 RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

 ACLARACION

 SELLO DE LA INSTITUCIÓN

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el profesional.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:
 DNI DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

 FIRMA DEL BENEFICIARIO

 DNI

 ACLARACIÓN

 VÍNCULO

FORMULARIO PARA TRANSPORTE

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): ___/___/___
NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____
CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

TRASLADOS

PERIODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

SE TRASLADA AL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN: _____
LUGAR DE PARTIDA: _____
LUGAR DE DESTINO: _____
VIAJES / DIA: _____ KM/ VIAJE: _____
MONTO POR KM: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

SE TRASLADA AL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN: _____
LUGAR DE PARTIDA: _____
LUGAR DE DESTINO: _____
VIAJES / DIA: _____ KM/ VIAJE: _____
MONTO POR KM: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

SE TRASLADA AL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN: _____
LUGAR DE PARTIDA: _____
LUGAR DE DESTINO: _____
VIAJES / DIA: _____ KM/ VIAJE: _____
MONTO POR KM: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

FIRMA Y SELLO DEL
RESPONSABLE DEL TRANSPORTE

ACLARACION

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte propuesto.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:
DNI DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DNI

ACLARACIÓN

VÍNCULO

FORMULARIO - NOTA DE SOLICITUD DE ABANDONO DE TRATAMIENTO

FECHA: ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO DE BENEFICIARIO: _____

DOCUMENTO: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de _____ con el profesional / institución _____

Motivo de la baja: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DNI

ACLARACIÓN

VÍNCULO

FORMULARIO - NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA: ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO DE BENEFICIARIO: _____

DOCUMENTO: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de _____ con el profesional / institución _____ a partir de la fecha ___/___/___

Solicito nueva alta para la prestación de _____ con el profesional / institución _____ a partir de la fecha ___/___/___

Motivo del cambio: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DNI

ACLARACIÓN

VÍNCULO

Mes de _____ del 2022

INFORME MENSUAL DE PRESTACIONES BRINDADAS

AFILIADO: _____ **DNI:** _____ **EDAD:** _____

PROFESIONAL: _____

DIAGNÓSTICO: _____

- Se sugiere realizar brevemente lo trabajado en el mes con el paciente, se dejan a disposición estos ítems a modo de guía:
- Consignar excluyentemente los siguientes ítems, mes por mes.
- NO copiar y pegar todos los meses, recuerden que estos informes serán auditados por el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social.

1. Cantidad de sesiones asistidas: _____

2. Estrategias / Herramientas utilizadas el corriente mes: _____

3. Situaciones significativas que se hayan detectado en la evolución ó estabilidad del afiliado:

4. Actitud del afiliado en las terapias: _____

5. Otras observaciones: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

INFORME SEMESTRAL DE PRESTACIONES BRINDADAS - JUNIO 2022

AFILIADO: _____ **DNI:** _____ **EDAD:** _____

PROFESIONAL: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Confeccionar un párrafo descriptivo del afiliado, usando como base los puntos enumerados:

- Características de la personalidad y capacidades del paciente
- Tratamiento que realiza.
- Conducta/ Comportamiento durante la vida cotidiana en sociedad
- Puntos que consideren relevantes e importantes para incluir

1. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Descripción de objetivos que se alcanzaron mediante el trabajo con el paciente:

2. ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Explicar brevemente cómo fue el abordaje con el paciente y qué estrategias que se utilizaron:

3. OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN PARA LA SEGUNDA MITAD DEL AÑO 2022

Enumerar objetivos a corto y largo plazo:

- _____
- _____
- _____
- _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

INFORME SEMESTRAL DE PRESTACIONES BRINDADAS - DICIEMBRE 2022

AFILIADO: _____ **DNI:** _____ **EDAD:** _____

PROFESIONAL: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Confeccionar un párrafo descriptivo del afiliado, usando como base los puntos enumerados:

- Características de la personalidad y capacidades del paciente
- Tratamiento que realiza.
- Conducta/ Comportamiento durante la vida cotidiana en sociedad
- Puntos que consideren relevantes e importantes para incluir

1. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Descripción de objetivos que se alcanzaron mediante el trabajo con el paciente:

2. ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Explicar brevemente cómo fue el abordaje con el paciente y qué estrategias se utilizaron:

3. OBJETIVOS QUE QUEDARON PENDIENTES PARA TRATAR EN EL AÑO 2023

- _____
- _____
- _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN