



INSTRUCTIVO DE ACCESO A PRESTACIONES ESPECIALES 2025

EL CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUCTIVO ES INDISPENSABLE PARA GESTIONAR LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD EN TODOS LOS CASOS, LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACION NO IMPLICA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS.

IMPORTANTE

En caso de inicio, ampliación, modificación de tratamientos individuales y/o institucionales, solo podrán comenzar los tratamientos prescritos si tienen la autorización emitida por la Obra Social, luego de haber presentado la documentación completa a los fines de la auditoría por parte del Equipo Interdisciplinario.

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA 2025

El expediente deberá ser enviado **como adjunto en un solo archivo en formato PDF**, sin excepción al siguiente mail:

oficina.sur.matanza@gmail.com

Aclarando en Asunto: Nombre y apellido del beneficiario

La documentación a presentar con carácter obligatorio es la siguiente:

DOCUMENTACION BENEFICIARIO: (PARA TODOS LOS CASOS)

- DNI titular y beneficiario
- Carnet
- Certificado Único de Discapacidad vigente. (Imagen completa)
- Constancia de alumno/a regular 2024/5 con CUE (**Código Único de Establecimiento**) que consta de 9 (nueve) dígitos. Deberá ser presentado dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- **Presentar Informe escolar** detallando la necesidad de la prestación (**módulo de apoyo integración escolar / maestra de apoyo**)
- El/la titular de la Obra Social tendrá que completar el Anexo 1 Instituciones / Profesionales detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD. (**Ver Anexo 2** Instituciones / Profesionales)
- Cronograma de horarios semanal del beneficiario/a. Deberá ser completado y firmado por el/la afiliado/a titular donde detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individuales) que realice. (**Ver Anexo**)

DOCUMENTACION EMITIDA POR PROFESIONAL MEDICO ESPECIALISTA

1. Resumen completo de Historia Clínica.

2. Prescripción médica original (Se debe confeccionar una orden por cada prestación)

Cada orden debe contener:

A- NOMBRE Y APELLIDO

B- DNI CORRECTO

C- DIAGNÓSTICO: El mismo debe coincidir con el que figura en el Certificado Único de Discapacidad.

D- PRESTACION SOLICITADA: Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará

De acuerdo a los siguientes lineamientos:

PRESTACIONES AMBULATORIAS: Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones

Indicando la especialidad y frecuencia semanal. **CON LOS TOPES DE TERAPIAS DISPUESTO POR SSSALUD**

PRESTACIONES INSTITUCIONALES: En los casos en los que se indique concurrencia a

Institución (Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada

(Simple o doble).

PRESTACIONES EDUCATIVAS:

Educación Especial indicar si es pre-primaria, primaria formación laboral y detallar el tipo de jornada (simple o doble).

Centro Educativo Terapéutico: Detallar el tipo de Jornada (simple o doble)

DEPENDENCIA: En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros, aclarando domicilio de partida y de destino. Incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional completada por el profesional interviniente (terapia ocupacional, neurólogo o fisiatra preferentemente)- Escala: FIM. (Art. 13 Ley 24.901) (Adjunto Modelo)

E- PERIODO DE LA PRESTACION: Debe indicar el período en el cual se brindará la prestación (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2025 o Enero a Diciembre 2025).

F- FIRMA Y SELLO: Del médico tratante (verificar que sean legibles los números de matrícula correspondiente).

G- FECHA: La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/01/25, la fecha debe ser 29/12/25 o anterior).

H- IMPORTANTE:

De acuerdo a la resolución 3934/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), se establece que "los planes cerrados de obras sociales sólo podrán prescribir tratamientos a través de los médicos de la cartilla"; por lo tanto las órdenes médicas y resumen de historia clínica deberán ser realizadas profesionales de cartilla para solicitud de prestaciones.

PRESTADOR/A

- 1- Plan de abordaje individual donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- 2- Presupuesto (Deberá especificar días, horarios de atención, y periodo) (Ver Anexo 1).
- 3- Informe:

En el caso que la prestación sea NUEVA se deberá presentar Informe de Evaluación Inicial donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

En caso que la prestación sea CONTINUIDAD: se deberá presentar Informe Evolutivo del tratamiento brindado del año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. Además, Informe de seguimiento semestral (Junio y diciembre 2025) de carácter obligatorio.
- 4-Registro Nacional de Prestador (RNP verificar fecha de vencimiento, se aprobará la prestación hasta vencimiento de la misma)
- 5- Constancia de Inscripción en AFIP.
- 6-Título habilitante (en caso de ser profesionales y no una institución).
- 7- Consentimiento Informado firmado y sellado por el prestador y por madre/padre o tutor (Modelo Adjunto)
- 8- Nota informando CBU relacionado al Cuit del prestador.
- 9- Seguro de mala praxis.

SOLICITUD DE TRANSPORTE

1. En la prescripción inicial, **se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.**
2. Habilitación municipal y/o provincial vigente para el periodo solicitado, seguro (correspondiente a la actividad – Remis o Transporte de Pasajeros), licencia de conducir, VTV, hoja de ruta impresa de acuerdo con “Google Maps” en la siguiente página: www.maps.google.com.ar. (Sujeto a auditoria)
3. Constancia de Inscripción AFIP.
4. Presupuesto original firmado y sellado (KILOMETRAJE EXPRESADOS EN NUMEROS ENTEROS, SIN DECIMALES)
5. Nota informando CBU relacionado al Cuit del prestador.
6. Consentimiento Informado firmado y sellado por el transportista y por madre/padre o tutor

(ANEXO 3)

Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a Escuela común o prestaciones, aclarar en la orden médica si es para escolaridad o rehabilitación. Además, **deberá adjuntar constancia de alumno regular** o de asistencia emitida por la institución a los fines de acreditar dicha concurrencia.

En los casos que la persona con discapacidad deba realizar más de 1500 Km. Mensuales para realizar sus tratamientos, se deberá re direccionar a centros de atención o establecimientos más cercanos a su domicilio.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2. Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3. Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4. Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de 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 detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado/DNI: _____

Yo.....con Documento Tipo (.....) N°

....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

desde.....hasta.....

desde.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada

Resumen de Historia Clínica

Fecha:

Apellido y nombre de paciente:

DNI:

Diagnóstico:

Paciente dependiente: SI... NO....

Puntaje FIM:

Justificación de dependencia: (si corresponde)

Antecedentes de intervenciones terapéuticas y/o educativas:

Evolución del cuadro clínico de base en el último año:

Plan terapéutico indicado para año 2025: (detalle de prestaciones solicitadas, en caso de solicitud de transporte debe indicar justificación por la que no puede viajar en transporte público)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Beneficiario:

N° de Legajo:

Tipo y N° de Documento:

Teléfono:

Edad:

Diagnóstico:

Indicar la distribución de las actividades formales (incluyendo sesiones en horas de asistencia semanal y jornada educativa).

Lo consignado en el siguiente recuadro debe contemplar la necesidad de tiempos de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requeridos para el apropiado desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
8 Hs						
9 Hs						
10 Hs						
11 Hs						
12 Hs						
13 Hs						
14 Hs						
15 Hs						
16 Hs						
17 Hs						
18 Hs						
19 Hs						
20 Hs						

Completar por titular:

Declaro que los datos consignados son correctos a mi leal saber y entender

Firma..... Aclaración..... DNI.....

Lugar

fecha:.....

Y

Importante: Los datos consignados en este formulario tienen carácter de declaración jurada, encontrándose sujetos a auditoria social de terreno.

Nota de solicitud CAMBIO/ BAJA de prestador

....., de.....de2025

Beneficiario:.....

DNI:.....

Por medio de la presente, dejo constancia del Requerimiento de la baja de la prestación de

.....a cargo de.....

.....

.....a partir del día...../...../.....

Solicito nueva alta de la prestación de..... ,

A cargo de..... A partir del día...../...../y por el

Período..... año.....

Completar por titular:

Declaro que los datos consignados son correctos a mi leal saber y entender

Firma..... Aclaración..... DNI.....

Lugar y fecha:.....

Importante: Los datos consignados en este formulario tienen carácter de declaración jurada, encontrándose sujetos a auditoria social de terreno.

¡IMPORTANTE!

LEER CON ATENCIÓN

LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ SER REMITIDA VÍA MAIL EN 1 (UN) PDF SIN EXCEPCIÓN, CASO CONTRARIO SE RECHAZARÁ AUTOMÁTICAMENTE. EN CASO DE QUE HUBIERA FALTANTES O CORRECCIONES DEBERÁN ENVIAR NUEVAMENTE 1 (UN) PDF CON TODA LA DOCUMENTACIÓN, INCLUYENDO LOS FALTANTES Y/O CORRECCIONES EN EL MISMO.

PARA BRINDAR EL TRATAMIENTO, EL PRESTADOR DEBERÁ TENER LA AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL VÍA MAIL, CASO CONTRARIO, PREVIO A LA AUTORIZACIÓN LA OBRA SOCIAL NO SE RESPONSABILIZARÁ DE LA PRESTACIÓN BRINDADA NI DEL PAGO DE LA MISMA.

Debido a las actualizaciones de Integración que surgen de la resolución 1743/2024 (<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/312294/20240815>) nos vemos obligados a sólo aceptar facturas del mes que se presenta y HASTA 1 (UN) MES HACIA ATRÁS.

DEBERÁN RESPETAR LAS FECHAS DE ENTREGA INFORMADAS EN CADA AUTORIZACIÓN- (1 al 5 de cada mes)

El incumplimiento de los plazos establecidos, hará que debamos rechazar las facturas presentadas fuera de término, y por consecuencia que las mismas queden sin cobertura.

LOS PAGOS SE REALIZARAN DE ACUERDO AL CRONOGRAMA GESTIONADO POR EL MECANISMO DE INTEGRACION (SSSALUD), SIEMPRE Y CUANDO RECIBAMOS LAS TRANSFERENCIA EN TIEMPO Y FORMA POR EL ORGANISMO QUE LO CONTROLA.

Es de vital importancia su colaboración conjunta para la fluidez de la labor administrativa que nos aguarda de ahora en adelante, debido a dichas modificaciones.

Agradecemos su comprensión y colaboración