Experiencia y Solidaridad

OSPLAD

obra social para la actividad docente

Manual de Procedimiento

Instructivo para Beneficiarios

Trámites 2024

Recepción a partir del día 1 de Noviembre de 2023 al 30 de Abril 2024

Los expedientes posteriores a esa fecha se autorizarán por el período de ingreso a la DIRECCIÓN DE DISCAPACIDAD

Toda la documentación requerida por la DIRECCION DE DISCAPACIDAD de OSPLAD se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud y Ministerios de Salud de la Nación.

Dirección de Discapacidad

2024

Índice

- Objetivo pág. 3
- Prestaciones que se tramitan por la Dirección de Discapacidad. pág. 3
- Prestaciones que no se tramitan por la Dirección de Discapacidad. pág. 3
- Lineamientos generales pág. 5
- Documentación a presentar por el BENEFICIARIO pág. 6
- Documentación a presentar por MÉDICO TRATANTE. pág. 7
- Documentación general del Prestador pág. 7
- Documentación general a presentar por prestaciones individuales. pág. 8
- Documentación complementaria maestro de apoyo / módulo de integración escolar equipo. pág. 9
- Documentación general a presentar por prestaciones instituciones. pág. 10
- Documentación complementaria hogar y pequeño hogar. pág. 10
- Documentación general a presentar por prestación de transporte. pág. 11
- Documentación general para dependencia. pág. 11
- Cambio de prestador pág. 12
- Cambios en la situación afiliatoria del beneficiario. pág. 12
- Abandono de tratamiento. pág. 12
- Reclamo de documentación faltante, incompleta o incorrecta pág. 12
- Formularios discapacidad:
  - Solicitud de Prestaciones pág. 15
  - Planilla de Conformidad Prestación de Discapacidad pág. 16
  - Presupuesto para Inicial- egb- Aprestamiento Laboral Formación Laboral- cet- Centro de Día- Hogares pág. 17
  - Presupuesto de Prestaciones de Estimulación Temprana pág. 18
  - Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones pág. 19
  - Maestra de Apoyo pág. 20
  - Equipo de apoyo para la integración escolar pág. 21
  - Acta de Acuerdo Apoyo a la Integración Escolar pág. 23
  - Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad pág. 24
  - Solicitud de Anexo de transporte pág. 25
  - Formulario Declaración Jurada de Transporte pág. 26
  - Modelo de Plan de Trabajo Instituciones/ Profesionales pág. 27
  - Medida de Independencia Funcional - Año 2023 (FIM) pág. 28
  - Planilla de Datos Sociofamiliares pág. 29
  - Resumen de Historia Clínica pág. 30
  - Solicitud de Cambio de Prestador pág. 31
  - Modelo Nota de Solicitud de Abandono de Tratamiento pág. 32
  - Ficha del Prestador de Discapacidad pág. 33
  - Cronograma deActividades - Discapacidad pág. 34
- Modelos de indicaciones médicas:
  - Prestación de Apoyo (terapia única) pág. 35
  - Rehabilitación (interdisciplinaria, dos o más terapias) pág. 35
  - Maestro de Apoyo pág. 35
  - Módulo apoyo a la Integración escolar (EQUIPO) pág. 36
  - Transporte pág. 36
  - Prestaciones Educativas pág. 36
  - Estimulación Temprana pág. 37
  - Hogar Permanente con CD/CET con o sin dependencia pág. 37
  - Escuela Especial - Centro Educativo Terapéutico pág. 37
  - Formación Laboral - Aprestamiento Laboral

1. OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un expediente por discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindar una cobertura integral, accesible e igualitaria para nuestros beneficiarios y usuarios con discapacidad.

2. PRESTACIONES QUE SE TRAMITAN POR LA DIRECCIÓN DE DISCAPACIDAD

(Conforme a Resolución SSSalud 1511/12; 444/14; 406/16,1731/21, 360/22)

2.1 PRESTACIONES AMBULATORIAS:

- **AYUDAS TÉCNICAS**
- **PRESTACION DE APOYO**
- **REHABILITACION MODULO INTEGRAL INTENSIVO**
- **REHABILITACION MODULO INTEGRAL SIMPLE**
- **ESTIMULACION TEMPRANA**

2.2 HOSPITAL DE DIA:

2.3 PRESTACIONES EDUCATIVAS ESPECIALES:

- **NIVEL INICIAL**
- **EGB (EDUCACION GENERAL BASICA) ESPECIAL**
- **APRESTAMIENTO LABORAL**
- **FORMACION LABORAL**
- **APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (AIE)**
- **MAESTRO DE APOYO**
- **CENTRO EDUCATIVO TERAPEÚTICO**

2.4 CENTRO DE DIA:

2.5 INTERNACIONES:

(Permanente o de lunes a viernes)

- **HOGAR PERMANENTE**
- **HOGAR PERMANENTE CON CENTRO DE DIA**
- **HOGAR PERMANENTE CON CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO**

2.6 INTERNACIONES EN REHABILITACION:

2.7 RESIDENCIA

2.8 PEQUEÑO HOGAR

2.9 TRANSPORTE

3. NO SE TRAMITAN PRESTACIONES POR LA DIRECCIÓN DE DISCAPACIDAD

- **GERIATRICO**, *, los casos de excepción, serán analizados por la Dirección de Acción Social: Tel. 011 5246 5125*
  servicio.social@osplad.org.ar *según Res. Obra Social 5504/09.*

- ***TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN*** *(bulimia o anorexia) y* ***DROGADEPENDENCIA.*** *Las mismas serán analizadas por la Dirección Nacional de Salud Mental:* ***direccion.saludmental@osplad.org.ar***

- ***EQUINOTERAPIA,*** *por no ser una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación.*

- ***TRANSPORTE EN AMBULANCIAS; TRANSPORTE A CONSULTAS MEDICAS- TRANSPORTE A CENTROS DE DIAGNÓSTICOS***

- ***ESCOLARIDAD COMUN***

- ***APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR /EQUIPO INTEGRACION ESCOLAR (AIE)*** *Nivel terciario yo universitario*

- ***ACOMPAÑANTE ESCOLAR (APND)*** *La prestación se cubrirá en escuela COMÚN y la de MAESTRO DE APOYO O MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (AIE)*

- ***PRESTACIONES MÉDICAS REFERIDAS A ESTUDIOS/DIAGNOSTICOS*** *(por imágenes-Laboratorio y de diagnóstico) AMBULATORIAS Y/O DOMICILIARIAS. Las mismas deberán tramitarse en su jurisdicción de acuerdo al PMO*

- ***PRESTACIONES MÉDICAS DE BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD***
con cobertura PMO y PMA de OSPLAD a través de TAD (tramites a distancia) sector Autorizaciones

- ***MEDICAMENTOS DE BAJO O ALTO COSTO RELACIONADO CON LA PATOLOGIA DISCAPACITANTE*** *a través de TAD (tramites a distancia) sector Autorizaciones - Auditoria Sanitaria*

- ***MEDICAMENTOS e INSUMOS PARA TRATAMIENTO DE DIABETES- HIV*** *a través de TAD (tramites a distancia) sector Autorizaciones - Auditoria Sanitaria*

- ***PAÑALES*** *a través de TAD (tramites a distancia) sector Autorizaciones - Auditoria Sanitaria*

- ***DESCARTABLES*** *a través de TAD (tramites a distancia) sector Autorizaciones - Auditoria Sanitaria*

- ***AUDIFONOS*** *a través de TAD (tramites a distancia) sector Autorizaciones - Auditoria Sanitaria*

- ***HIDROTERAPIA:*** *La prestación será autorizada únicamente cuando el paciente presente espasticidad muscular y durante un período de tiempo nunca mayor a un año. La prestación deberá brindarse en Instituciones de Salud o en piletas habilitadas para tal fin por el Ministerio de Salud jurisdiccional. El profesional a cargo de la prestación deberá ser indefectiblemente kinesiólogo o fisiatra (los profesores de educación física no están habilitados para brindar tratamientos por lo que la prestación NO será autorizada a cargo de tales profesionales).*

- ***RECLAMOS DE PAGOS Y TRAMITACION DE FACTURAS***
Email de contacto para reclamos: ***reclamos.pagos@osplad.org.ar***
Email de contacto para facturas: ***facturaciones.discapacidad@gmail.com***

- ***REINTEGROS:*** *Dirección de Presupuesto y Control del Gasto*

4. LINEAMIENTOS GENERALES:

- *La documentación podrá ser firmada en forma HOLOGRÁFICA, ELECTRÓNICA O DIGITAL y SE ENVIARÁ ESCANEADA EN UN SOLO ARCHIVO EN PDF A T.A.D. (Trámites de distancia)*

NO SE ACEPTA FOTOS DE WAHTSAPP- ARCHIVO JPG O SIMILAR

- *En Formato papel ORIGINAL, puede ser iniciado en la DELEGACION OSPLAD correspondiente a la jurisdicción de cada beneficiario.*

- *Controle que los formularios requeridos, estén confeccionados según las instrucciones que se detallan en cada uno de ello. No deben poseer enmiendas ni tachaduras.*

- *Verifique que la documentación que obra en su poder coincida con la solicitada para cada caso. La Dirección de Discapacidad efectuará la auditoria correspondiente y en caso de inconsistencias o datos faltante, se procederá a su DEVOLUCIÓN.*

- *Sólo puede iniciarse trámites por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad, ya que la cobertura hasta esa edad debe brindarse por el PMO.*

- *Los expedientes por discapacidad caducarán el 31 de diciembre de cada año al que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación.*

- *Las prestaciones serán cubiertas UNICAMENTE por el periodo de VALIDEZ DEL CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD (CUD).*

IMPORTANTE: *Si el CUD tiene* ***fecha de vencimiento cercana a la de la solicitud*** *de las presentaciones, gestione la renovación del mismo con la debida anticipación*

- *Las prestaciones están sujetas a modificaciones según eventuales disposiciones de organismos oficiales y a Valor Nomenclador de Discapacidad de la SSSalud.*

- *Las prestaciones podrán ser brindadas* ***SOLO*** *cuando cuenten con* ***AUTORIZACION*** *emitida por la Auditoria de la* ***Dirección de Discapacidad DE OSPLAD.***

- *El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta exclusiva Responsabilidad del prestador y* ***NO OBLIGA A OSPLAD A CUBRIR LAS PRESTACIONES.***

- *Todas las prestaciones autorizadas por la Obra Social, se encuentran sujetas a Auditorias de Terreno y Evaluación permanente de las mismas, por parte del Equipo Interdisciplinario de la OSPLAD.*

- *La autorización emitida por la Obra Social, sólo tendrá validez, únicamente sobre la prestación efectivamente realizada.*

- *No se reconocerán coberturas* ***RETROACTIVAS*** *a la fecha de presentación del expediente en la Delegación OSPLAD de la Jurisdicción que correspondiere al beneficiario o el la fecha enviado por mail.*

- *No se reconocerán tratamientos realizados por profesionales o Instituciones que no se encuentran habilitados debidamente, conforme a los requisitos de los Organismos de Control para cada prestación prestación* ***Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud****) y/o* ***Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS).***

- *El expediente completo deberá contar con la DOCUMENTACIÓN que se detalla a continuación.*

5. Documentación QUE DEBE PRESENTAR EL BENEFICIARIO

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Certificado de Discapacidad	• *Extendido en Formulario Oficial de los Organismos establecido por el Ministerio de Salud Art 3 Ley 22.431/87.* • *Debe ser VIGENTE y LEGIBLE.* • *Si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de presentación, solicite la renovación del mismo.*
Solicitud de Prestaciones	• *Los datos consignados son requeridos como complemento para la Auditoría por parte de la Dirección de Discapacidad de las prestaciones solicitadas.* • *Los mismo revisten carácter de Declaración Jurada y se solicitan con el objetivo de mantener actualizada nuestra base de datos.*
Planilla de Conformidad por las prestaciones	• *La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable.*
Formulario de Cronograma de Actividades	• *Se debe incluir días y horarios de asistencia a la Institución Educativa, horarios de Terapias y tiempo libre (ejemplo actividades deportivas y/o culturales).*
Constancia de Alumno Regular 2024 con CUE *(Código Único de Establecimiento)*	• *Constancia de Alumno Regular 2024, deberá presentarla junto con la documentación del prestador y establecimiento educativo al inicio del ciclo lectivo, Vencimiento para su entrega 30 de Abril 2024.*
Planilla de DATOS SOCIOFAMILIARES	• *Carácter de Declaración jurada. Con los datos de la/las personas a contactar por la Obra Social.*
Documentación Filiatoria	• *DNI Titular y Beneficiario; Último Recibo de Haberes; Carnet de afiliaciones; Adherente /Monotributo (Pago)*

6. Documentación QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA POR EL MEDICO ESPECIALISTA

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Indicación Médica	• Las prestaciones deben estar prescriptas según el Nomenclador de Discapacidad: Ejemplo; Módulo de Maestro de Apoyo/ Módulo de Apoyo a la Integración Escolar –Equipo. • La Indicación Médica NO puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. • El sello y la matrícula debe estar legible. • No se aceptarán Indicaciones Médicas con tachaduras o cambio de tinta sin la enmienda correspondiente. • La indicación Médica debe señalar el período de cobertura Ejemplo: Fonoaudiologia período marzo a diciembre 2024.
Formulario ANEXO de TRANSPORTE	• Debe justificar la solicitud del pedido de transporte. Este Formulario NO REEMPLAZA LA INDICACION MEDICA
Resumen de Historia Clínica	• Debe estar confeccionado por el Médico Tratante Especialista y actualizado. • Tendrá que consignar la evolución del cuadro clínico-fisiátrico-psiquiátrico-neurológico. • Debe constar claramente la fecha de inicio del tratamiento y objetivos de la continuidad del mismo.
Planilla de Dependencia Funcional (FIM)	

7. Documentación GENERAL QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Formulario Ficha del Prestador	• Esta Información se solicita con el objetivo de mantener actualizada la base de datos.
Constancia de Inscripción de AFIP	• VIGENTE.
Constancia de Clave Bancaria Unificada (CBU)	• El CBU BANCARIO debe corresponde a la razón social y CUIT de quien facturará la prestación, no se aceptarán constancias bancarias con titularidad compartida o no propia.

8. Documentación GENERAL QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS:

• *PRESTACIONES AMBULATORIAS.*

Prestadores Individuales: Psicólogos, Fonaoudiólogos, Kinesiólogos, Terapia Ocupacional, etc.

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Planilla de Conformidad por las prestaciones	• La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable.
Planilla de PLAN de Tratamiento (ABORDAJE)	• Debe contener periodo de abordaje, modalidad de la prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando lo diferentes contextos
Informes	• Evaluación INICIAL: Se solicitara EXCLUSIVAMENTE al comienzo de una nueva prestación y/o beneficiario sin prestaciones previas por discapacidad en la OS, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultado del proceso de evaluación • EVOLUTIVO DE LA PRESTACION: En el cual conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con Discapacidad y su núcleo de apoyo • EVOLUTIVO SEGUIMIENTO SEMESTRAL de la prestación
Presupuesto de Prestación Ambulatorio	• El prestador debe indicar días y horarios de atención, los mismos serán tomados exactamente como lo informar para corroborar el cronograma de actividades presentado, de producirse cambios deberán ser notificados. • La Falta de congruencia en el cronograma o la imposibilidad de realizarlo con respecto a tiempos de traslados, horarios, alimentación y horario de descanso, será motivo de no aceptación e implicará re-confección de las prestaciones. • La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la persona con discapacidad/familiar/responsable.
Título Profesional Habilitante- Matrícula	• Título válido según la profesión, no se aceptan constancia de Título en TRÁMITE. • Constancia de Matrícula, según jurisdicción, la misma debe ser legible.
Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP)	• VIGENTE. • No se aceptan constancia en TRAMITE.
Constancia de Seguro de MALA PRAXIS	• Vigente.

9. Documentación QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS:

- *Módulo de Maestro de Apoyo o Módulo de Apoyo a la Integración Escolar Equipo, se debe agregar a la Documentación General:*

MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Título Analítico de Materias del Profesional	• Completo Maestro en educación Especial, Lic en Cs de la Educación. • **NO SE AUTORIZA** esta prestación a **PSICOLOGOS-PROFESIONALES** sin incumbencia.
Adaptaciones Curriculares/PPI	• Plan de Abordaje INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional/Equipo tratante.
Acta Acuerdo	• Firmada por el/la familiar responsable/tutor, Dirección de la escuela y prestador. • Nombre y Apellido ,TITULO Habilitante de los integrantes del Equipo AIE
Constancia de Alumno Regular 2024 con CUE (Código Único de Establecimiento)	• Constancia de Alumno regular 2024, deberá presentarla junto con la documentación del prestador y establecimiento educativo al inicio del ciclo,Vencimiento para su entrega 30 de Abril 2024.

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Habilitación como Equipo AIE	• Resolución Completa ante la Agencia Nacional de Discapacidad ANDIS.
Adaptaciones Curriculares/PPI	• Plan de Abordaje INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional/Equipo tratante
Acta Acuerdo	• Firmada por la familiar responsable/tutor, Directivo de la escuela y prestador.
Detalle de los Profesionales que Integran el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar	• Nombre y Apellido ,TITULO Habilitante de los integrantes del Equipo AIE.
Constancia de Alumno Regular 2024 con CUE (Código Único de Establecimiento)	• Constancia de Alumno regular 2024, deberá presentarla junto con la documentación del prestador y establecimiento educativo al inicio del ciclo,Vencimiento para su entrega 30 de Abril 2024

10.Documentación GENERAL QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA POR PRESTACIONES EN INSTITUCIONES

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Planilla de Conformidad por las prestaciones	• La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable.
PLAN de Tratamiento INDIVIDUAL (ABORDAJE)	• Debe contener período de abordaje, modalidad de la prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
Informe EVOLUTIVOS	• Evaluación INICIAL: Se solicitara EXCLUSIVAMENTE al comienzo de una nueva prestación y/o beneficiario sin prestaciones previas por discapacidad en la OS, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultado del proceso de evaluación. • EVOLUTIVO DE LA PRESTACION: En el cual conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con Discapacidad y su núcleo de apoyo • EVOLUTIVO SEGUIMIENTO SEMESTRAL de la prestación
Presupuesto de Prestación en Instituciones	• El prestador debe indicar días y horarios propuestos de atención, los mismos serán tomados exactamente como lo informar para corroborar el cronograma de actividades presentado, de producirse cambios deberán ser notificados. • La Falta de congruencia en el cronograma o la imposibilidad de realizarlo con respecto a tiempos de traslados, horarios, alimentación y horario de descanso, será motivo de no aceptación e implicará la reconfección de los Pedidos. • Debe existir total coincidencia entre lo que el Médico Tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.
Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendecia de Servicio de Salud	• VIGENTE Resolución 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias 496/2014 Ministerio de Salud. Para las prestaciones de Rehabilitación - Estimulación temprana y otras vigentes de atención Sanitaria.

11. Documentación QUE DEBE SER agregada en caso de HOGAR y PEQUEÑO HOGAR a la Documentación General

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Informe Social	• El informe deberá ser emitido por Licenciado en Trabajo Social (que no pertenezca a la Institución que brinda el tratamiento) avalando la necesidad el Módulo Hogar. • Este Requisito se efectuará por el Departamento de Trabajo Social de la OSPLAD cuando ingrese el expediente con el grupo familiar.

12. Documentación GENERAL QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA PARA LA PRESTACION TRANSPORTE

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Planilla de Conformidad por las prestaciones	• La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable.
Presupuesto de Transporte	• Los únicos traslados que serán autorizados son aquellos que se efectúan entre el domicilio legal de una Institución Educativa o Rehabilitación y el domicilio del beneficiario.
Verificación Técnica Vehicular (VTV)	• Vigente. • Debe pertenecer al mismo prestador.
Carnet o licencia de conducir	• Vigente. • Debe pertenecer al mismo prestador.
Póliza y Cobertura de Seguro	• Vigente. • Debe pertenecer al mismo prestador.
Recorrido según Google Maps	• LEGIBLE debe expresar el recorrido en KM desde el domicilio a la Institución IDA y VUELTA
Formulario Declaración Jurada de Transporte Ley 19279	• Se adjunta modelo.

13. Documentación GENERAL QUE DEBE SER AGREGADA PARA DEPENDENCIA ,

a saber:

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Prestaciones: Hogar- Centro de Día- Centro Educativo Terapéutico	• Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional FIM, confeccionada por el Licencia en Terapia Ocupacional. • Informe del Prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.
Prestación TRANSPORTE	• Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) confeccionada por médico tratante y/o Licenciado en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslados los apoyos específicos que se brindarán.

Dependencia:

Solo se aceptara la dependencia en pacientes con discapacidad mayores a 6 años con presentacion de tabla FIM

14. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con prestaciones por discapacidad ya otorgadas, la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad:

La nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio (VER FORMULARIOS OSPLAD) debe indicar:

- *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 del titular.*
- *Documentación pertinente al nuevo prestador (según corresponda a la modalidad).*

15. CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO

15.1 Casos de fallecimiento del beneficiario causante, deberán presentar:

- *Certificado de defunción.*
- *Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento.*

15.2 Abandono del tratamiento.

- *Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida.*
- *Motivos por los cuales la misma fue interrumpida.*

16. RECLAMO DE Documentación FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA

Solo se recepcionarán solicitudes con documentación completa. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente y a la devolución del expediente.

Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación escrita desde la Dirección de Discapacidad, a través de la Consejo y/o Delegación que le correspondiere al beneficiario por su jurisdicción, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente.

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-001
2024

Planilla de Toma de Medidas

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° de beneficiario - CUIL Fecha de Nacimiento Tel.

Localidad ..... Provincia .....

Datos de la Prestación

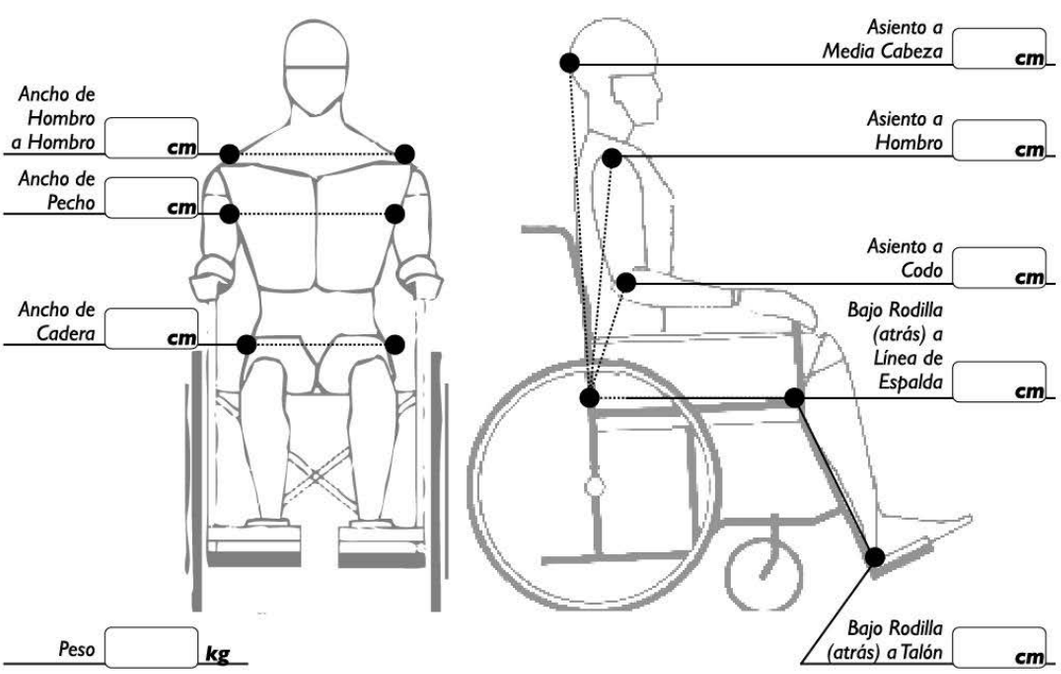
Equipamiento .....

Médico Prescriptor .....

Características

Apoya Cabeza ☐	Soporte lateral de Caderas ☐	Soporte lateral de Tronco ☐
Cinturón ☐	Abductor de Piernas ☐	Chiripá ☐
Cinturones por Hombro ☐	Arnés por Entrepierna ☐	Chaleco de Sujeción ☐
Ruedas Antivuelco ☐	Sujeción de Empeine ☐	Almohadón ☐

Otros ☐ .....



Peso kg

..... Firma, Aclaración y Sello

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-002
2024

Términos y condiciones para la provisión de insumos y ayudas técnicas

OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

La Obra Social Para La Actividad Docente, a través de su respectiva Área de Discapacidad, proveerá, previo analisis de la condición de salud de cada afiliado (acreditada mediante Cert. Único de Discapacidad y Resumen de Historia Clínica actualizados), de los elementos ortopédicos que fuesen requeridos por los profesionales tratantes. Para lo cual, tanto los afiliados como sus familiares a cargo deberán previamente aceptar los puntos a continuación señalados:

1. *Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica autorizados al afiliado son propiedad de OSPLAD, y por lo tanto se entregan en carácter de COMODATO, y por el plazo en que la condición de salud del afiliado amerite el uso de los mismos.*
2. *El afiliado y/o familiar a cargo del mismo deberá realizar un uso correcto del elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado, preservándolo de roturas o daños de todo tipo, excepto por el desgaste propio que éstos y/o que sus componentes presenten normalmente.*
3. *Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, todo daño sobre el material entregado que NO ocurra en un tiempo esperado de uso, deberá ser reparado haciendo uso de la garantía que el mismo presenta, quedando exento OSPLAD de cubrir la reparación del mismo.*
4. *Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, tanto la pérdida y/o sustracción del material entregado, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.*
5. *Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica que por diversas circunstancias no sea utilizado por el afiliado, deberá ser devuelto a OSPLAD, de acuerdo a lo observado en punto 1.*
6. *OSPLAD se obliga a entregar los elementos autorizados, ya sea en su sede y/o en una ortopedia y/o donde lo indique. La totalidad de los gastos y cualquier responsabilidad que eventualmente genere, tanto el retiro de los mismos, como su devolución, son por cuenta exclusiva y total del afiliado y/o familiar a cargo.*
7. *Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado por OSPLAD, cumpliendo las especificaciones del pedido conforme a la documentación recibida en la Obra Social, y que por responsabilidad del afiliado (y/o familiar a cargo), del médico prescriptor, o de la empresa proveedora del mismo no cumpla con las características acordes para su uso, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.*
8. *Los términos Y/O condiciones para la Provisión de Ayudas Técnicas: Los insumos y ayudas técnicas son entregados al beneficiario en comodato.*

Quien suscribe, ... *, con DNI* _____

Y en carácter de ..... *, presto conformidad con los*
(Afiliado Titular o familiar a cargo)

puntos enunciados, a los ..... *días del mes de* ..... *de 20* .....

Firma _____ *Aclaración* .....

Insumo entregado: .....

Afiliado a quién representa (en caso de ser familar a cargo): .....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-003
2024

Solicitud de Prestaciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar y fecha .....

Señor Presidente de la Obra Social para la Actividad Docente

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el propósito de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos/ adquisición de .....

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

Datos del beneficiario con discapacidad

Nombre y Apellido ..... Edad

Lugar de Nacimiento ..... Fecha de Nacimiento

Estado Civil ..... Domicilio de residencia actual .....

Ciudad ..... Provincia ..... CP

Email ..... Escolarizado Si ☐ No ☐

Teléfono DNI N° Celular

N° de Afiliado /CUIL Tipo de Afiliación: Rel. de dependencia ☐ Monotributista - Personal doméstico ☐ Adherente ☐

Grado de parentesco con el titular .....

Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido ..... N° de Afiliado /CUIL

Domicilio de residencia actual .....

Ciudad ..... Provincia ..... CP

N° DNI Teléfono

Email .....

Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada**.

Firma del Titular

Firma del Beneficiario
(o firma de los padres si el beneficiario-paciente es menor de edad)

Aclaración ..... Aclaración .....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-004

2024

Planilla de Conformidad Prestación de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido ..... N° Afiliado

Yo ..... con Documento Tipo ..... N° ,

doy mi conformidad respecto a la continuidad de 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 para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Datos de la Prestación

Prestación .....

Prestador .....

Período de la Prestación Desde Hasta Año 2024

Firma:

Aclaración .....

Domicilio .....

Si el firmante no es la persona con Discapacidad

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 .....

Tipo y N° de Documento

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-008
2024

Presupuesto para Inicial- EGB- Aprestamiento Laboral Formación Laboral- CET- Centro de Día- Hogares

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar .....

Tipo de jornada a realizar Simple ☐ Doble ☐ Reducida ☐ Permanente ☐ **Categoría** A ☐ B ☐ C ☐

Incluye almuerzo Si ☐ No ☐ **Incluye Dependencia** Si ☐ No ☐

Monto Mensual $ **Período** Desde Hasta Año 2024

Matrícula $

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: .....

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Domicilio REAL donde se brindará la prestación .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA .....

CBU N° Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello de la Institución/ Prestador

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0010
2024

Presupuesto de Prestaciones de Estimulación Temprana

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por: .....
(indicar parentezco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad .....

Período Desde Hasta Año 2024

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión (Si es la única prestación) $

Monto Mensual $ Monto del Módulo (Si es brindada por equipo) $

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social .....

Domicilio REAL donde se brindará la prestación .....

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA .....

CBU N° Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia												
Terapia												
Terapia												

Firma, Aclaración y Sello del Profesional

.....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0011
2024

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por: .....
(indicar parentezco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad .....

Período Desde Hasta Año 2024

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión $ Monto Mensual $

Valor del Módulo $

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social .....

Domicilio REAL donde se brindará la prestación .....

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA .....

CBU N° Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia												
Terapia												
Terapia												

Firma y Sello
Aclaración / Institución

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0012
2024

Maestra de apoyo — Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Constancia de alumno regular CUE .....

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Maestra de Apoyo**

Período Desde Hasta Año 2024

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual $

Datos del Prestador

Nombre .....

Domicilio .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Actividad (Maestra de Apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela .....

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello del Profesional

.....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0013-FRENTE
2024

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiaro/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Período Desde Hasta Año 2024

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual $

Constancia de alumno regular con CUE .....

Datos del Prestador

Nombre .....

Domicilio .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Actividad Aulica

Nombre del profesional que realiza la actividad: .....

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela: .....

Sita en la Calle ..... N° de la ciudad de .....

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde

Hasta

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0013-DORSO
2024

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Actividad Extra Aulica

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle ..... N° ____

de la ciudad de .....

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde _____

Hasta _____

Conformación del equipo AIE

1 Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

2 Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

3 Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

Firma, Aclaración y Sello
del Representante del Equipo

.....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0014
2024

Acta de Acuerdo
Apoyo a la Integración Escolar

Completar todos los campos del Formulario

Fecha _____

En el día de la fecha, en la ciudad de ..... se establece el presente acuerdo entre la Escuela ..... con N° CUE (Código único de Establecimiento) _____ y con domicilio sito en ..... representada por ....., la Maestra de Apoyo / el Equipo deApoyo a la integración Escolar representado por ..... ,y la familia del niño/a ..... con DNI _____ para llevar a cabo la integración del niño/a en el Año/Sala ..... Turno .....

Nombre del profesional a cargo de la actividad áulica .....

En los días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde _____

Hasta _____

La Institución educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al/ a la niño/ a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La continuidad del alumno en el Proyecto de integración escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la integración Escolar, quienes, en forma conjunta podrán considerar toda vez, que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por:

- Incumplimiento de los ítems mencionados UT-supra.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importantes en la conducta.

Firma y sello de la Escuela Común donde se realiza la integración	Firma del padre/ madre/ Tutor	Firma y sello de Maestra / Equipo de AIE
Aclaración	Aclaración	Aclaración .....

Los datos consignados requeridos tienen carácter de declaración jurada.

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0015
2024

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha ____

Datos del Prestador

Razón Social .....

Domicilio ..... Localidad/Provincia .....

Email de contacto ..... Teléfono ____

Compañía de Seguros ..... Póliza N° ____

Orden de emisión de cheque .....

Entidad Bancaria ..... CBU ____

Condición frente a IVA Inscripto Monotributo ☐ Exento ☐ CUIT N° ____

Condición frente a Ingresos Brutos Inscripto Multilat. ☐ Exento ☐ IIBB N° ____

Tomo conocimiento que la falta de algunos de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI ____

Prestación a brindar Transporte Especial a .....
(Tipo de prestación o institución)

Período Desde ____ Hasta ____ Año 2024

Cronograma de traslados

IDA

Desde Calle: ..... N° ____ Localidad .....

Hasta Calle: ..... N° ____ Localidad .....

lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Horarios _____

Km Ida _____

VUELTA

Desde Calle: ..... N° ____ Localidad .....

Hasta Calle: ..... N° ____ Localidad .....

lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Horarios _____

Km Vuelta _____

Km totales diarios

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado

Km ida + Km vuelta _____

Total km Mensuales ____ Días mensuales (hasta) ____ Viajes mensuales (hasta) ____

Monto por Km ____ Monto Mensual ($) ____ Adicional Dependencia 35% (Sujeto a evaluación) Si ☐ No ☐

Firma, Aclaración y Sello del responsable de la Empresa Transportista/ Prestador ____ .....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0016
2024

Solicitud de Anexo de transporte

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Paciente

Nombre y Apellido ..... N° DNI

Datos de los Padres

Madre
Nombre y Apellido .....
Actividad .....
Turno/ Horario

Padre
Nombre y Apellido .....
Actividad .....
Turno/ Horario

Datos de los Hermanos

Nombre y Apellido ..... Nombre y Apellido .....
Actividad ..... Actividad .....
Turno/ Horario Turno/ Horario

Nombre y Apellido ..... Nombre y Apellido .....
Actividad ..... Actividad .....
Turno/ Horario Turno/ Horario

Diagnóstico .....
.....

DSM IV* - CIE X .....
.....

Discapacidad .....
.....

Justificación Médica de la Solicitud del Transporte

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

Médico Auditor Agente del Seguro

Firma y Sello del Médico Auditor Agente del Seguro

* Consignar los Ejes
.....
.....
.....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0029
2024

Formulario Declaración Jurada de Transporte

Completar todos los campos del Formulario

En la Ciudad de ..... Fecha

Por medio de la presente, en mi carácter de PADRE/MADRE/TUTOR de .....

..... Documento Número

INFORMO en carácter de **DECLARACION JURADA QUE NO HA SIDO ADQUIRIDO NINGUN VEHICULO AUTOMOTOR A FAVOR DEL NOMBRADO HACIENDO USO DE LA FRANQUICIA CONTEMPLADA EN LA LEY 19279.**

Firma

Aclaración .....

Tipo y N° de Documento

Vínculo Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0017
2024

Modelo de Plan de Trabajo
Instituciones/ Profesionales

OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

Fecha de nacimiento

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad .....

Período Desde Hasta Año 2024

PLAN DE ABORDAJE 2023

1 MODALIDAD DE PRESTACIONES .....

.....

.....

.....

.....

2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....

.....

.....

.....

.....

3 ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION CONTEMPLANDO LOS DIFERENTES CONTEXTOS

.....

.....

.....

.....

.....

Firma, Aclaración y Sello del Profesional

Firma y Aclaración de los Padres

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0018

Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Medida de Independencia Funcional - Año 2024 (FIM)

Completar todos los campos del Formulario

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... Edad

Tipo y N° Documento CUIL N°

Diagnóstico .....

Institución ..... Fecha de ingreso a la Inst.

Modalidad .....

Item	Actividad	Puntaje
	Autocuidado	
1	Alimentación	
2	Aseo Personal	
3	Baño	
4	Vestido Parte Superior	
5	Vestido Parte Inferior	
6	Uso del Baño	
	Control de Esfínteres	
7	Control de Intestinos	
8	Control de Vejiga	
	Transferencias	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al Baño	
11	Transferencia a la Ducha o la Bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o Silla de ruedas	
13	Escaleras	
	Comunicación	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	Conexión	
16	Interacción Social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
	Puntaje FIM Total	

Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional

Independiente	Puntuación
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6

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

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 datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.
Los items incluyen tanto a los pacientes motores como 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.

Fecha

Firma y Sello del Profesional Interviniente

N° de Matrícula

Especialidad .....

Firma y Sello del Profesional Interviniente

N° de Matrícula

Especialidad .....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0019
2024

Planilla de Datos Sociofamiliares

Completar todos los campos del Formulario

Datos del Titular

Apellido y Nombre .....

Domicilio .....

Localidad ..... Celular ..... Teléfono .....

Email .....

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre ..... Edad .....

Domicilio .....

Localidad ..... Teléfono de contacto .....

Prestación solicitada .....

Grupo Familiar Conviviente

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

Grupo Familiar No Conviviente y red social ampliada

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoria de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar de emisión ..... Fecha .....

Firma y Aclaración del Titular .....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0020
2024

Resumen de Historia Clínica

Completar todos los campos del Formulario

Lugar ..... Fecha

Datos del Paciente

Apellido y Nombre ..... DNI

N° Beneficiario de Osplad (Es el número de CUIL)

1 Diagnóstico
(Como indica el Certificado Único de Discapacidad)

.....

.....

.....

.....

2 Antecedentes completos de intervenciones Terapéuticas y/o Educativas

.....

.....

.....

.....

3 Parámetros funcionales actuales

.....

.....

.....

.....

4 Evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico Psiquiátrico) en el último año

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello
del Médico

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0021
2024

Solicitud de Cambio de Prestador

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... *Fecha* _____

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido ..... *N° DNI* _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la ***baja de la prestación de:***

..... *a cargo de*
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... *a partir del día* _____
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de:

..... *a cargo de*
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... *a partir del día* _____
(Nombre del profesional y/o institución)

y por el período _____

Firma del Beneficiario o del Representante

Aclaración del firmante .....

Parentesco .....

N° DNI del firmante _____

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-026

2024

Modelo Nota de Solicitud de Abandono de Tratamiento

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido .....

N° Afiliado _____ Tipo y N° de documento _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la Baja de las prestación de .....

.....

(Ejemplo: Psicología, Fonoaudiologia, CET, etc) con el Profesional y/o Institución .....

.....

a partir de la fecha _____

Motivo de la baja de la prestación

.....

.....

.....

.....

Firma del Beneficiario/Responsable

Firma:

Aclaración .....

Tipo y N° de Documento _____

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-027
2024

Ficha del Prestador de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Prestador

Apellido y Nombre / Razón Social .....

Tipo y N° Documento ..... CUIT N° ..... N° Acreedor .....

Sexo/Género ..... Fecha de Nacimiento ..... País de Nacimiento .....

Nacionalidad ..... Otras nacionalidades ..... País de emisión del Documento .....

Domicilio particular Calle ..... N° ..... Torre ..... Piso ..... Dpto. .....

Barrio ..... C.P. ..... Localidad/Provincia .....

Tipo de teléfono ..... N° .....

Dirección de correo electrónico .....

Rubro (marcar con una X lo que corresponda)

Profesional ☐ Centro ☐ Transporte ☐ Escuela ☐ Hogar ☐ Instituto ☐

Datos Bancarios

CBU N° ..... Tipo de cuenta .....

N° de Cuenta ..... Banco .....

Datos Profesionales / Formación

Título/ Formación ..... Especialidad .....

Fecha de graduación ..... N° Matrícula ..... Fecha de vencimiento .....

Domicilio de atención .....

Teléfono del consultorio o Institución .....

Condición frente a IVA

Responsable inscripto ☐ Inscripto Monotributo ☐ Exento ☐

Exención Ingresos Brutos

Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, deberá adjuntar el certificado correspondiente

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

Firma y Sello

Aclaración .....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-028
2024

Cronograma de Actividades - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... *Fecha* ____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido .....

Tipo y N° Documento ____ *Edad* ____ *Sexo* .....

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma indicando:

A *En la columna HORARIO detallar las prestaciones , actividades deportivas y/o culturales que recibe el Beneficiario, señalando horario de inicio y fin.*

B *En la columna DIAS colocar el día en que recibe la prestación, actividades deportivas y/o culturales, especificando el nombre de las mismas*

A		B						
Horario		**Días** *(Colocar el nombre de la prestación)*						
Inicio	Fin	**Lunes**	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**	**Domingo**
8:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
20:	:							

Firma del Padre/Madre o Tutor

Firma ____

Aclaración .....

Tipo y N° de Documento ____

Modelo de Prescripciones Médicas

Prestación de Apoyo *(terapia única)*

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Rosa, Pérez

DNI N° 20.383.542

Diagnóstico Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación Solicito Psicopedagogía 2 sesiones semanales

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Rehabilitación *(interdisciplinaria, dos o más terapias)*

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Rosa, Pérez

DNI N° 20.383.542

Diagnóstico Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación Solicito REHABILITACION en: Fonoaudiología 2 sesiones semanales Psicología 2 sesiones semanales
Terapia Ocupacional 2 sesiones semanales

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Maestro de Apoyo

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Rosa, Pérez

DNI N° 20.383.542

Diagnóstico Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación Solicito Modulo Maestro de Apoyo

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Módulo apoyo a la Integración escolar *(EQUIPO)*

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Rosa, Pérez

DNI N° 20.383.542

Diagnóstico Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación Solicito Modulo Apoyo a la Integración Escolar(EQUIPO)

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Transporte

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Andrés, Pérez

DNI N° 40.741.274

Diagnóstico ECNE

Prestación Dada su patología de base (discapacidad motora), Solicito Traslado de domicilio a Escuela especial, ida y vuelta

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Prestaciones Educativas

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Andrés, Pérez

DNI N° 40.741.274

Diagnóstico ECNE

Prestación Solicito Escuela especial EGB jornada simple con dependencia

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Jornada Simple X *Jornada Doble* ☐

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Estimulación Temprana

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Ana Pérez

DNI N° 51.346.899

Diagnóstico ECNE

Prestación Solicito Módulo Estimulación Temprana en Fonoaudiología 2 sesiones semanales y Kinesiología 1 sesión semanal

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Hogar Permanente con CD/CET con o sin dependencia

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Ana Pérez

DNI N° 51.346.899

Diagnóstico Retraso mental grave

Prestación Solicito Módulo Hogar permanente con CD/CDT con dependencia

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Escuela Especial - Centro Educativo Terapéutico Formación Laboral - Aprestamiento Laboral

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2024

Nombre y Apellido Sabrina, Pérez

DNI N° 40.135.842

Diagnóstico Retraso mental moderado. Hipoacusia.

Prestación Solicito Centro Educativo Terapéutico

Jornada Simple

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2024**

Jornada Simple [X] *Jornada Doble* [ ]

Firma y Sello del Médico Tratante

Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
obra social para la actividad docente