



osdem
Obra Social de Músicos

BELGRANO 3655 (1210) CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: 4957-3522 LINEAS ROTATIVAS
R N O S 1 / 1280-6 LEY 23.660
FECHA DE INICIO 18 /01 /1972

Instructivo Prestaciones Discapacidad 2022

GENERALIDADES

El trámite será anual y a partir del 01/12/2021 comenzaremos la recepción de documentación hasta el 28/02/2022 para todas las modalidades prestacionales que sean a partir del mes de marzo. Recordar que la documentación se debe enviar para su autorización con una antelación de 30 días, en caso de las Escuelas Especiales y Apoyo a la Integración Escolar se podrán presentar los Certificados de alumno regular y las Acta Acuerdo durante el 1er. Mes del ciclo lectivo, cuyo límite será el 31/03/2022

De acuerdo a las normativas vigentes para poder acceder a las prestaciones que se brindan dentro del programa de discapacidad es IMPRESCINDIBLE contar con un Certificado Único de Discapacidad emitido por autoridad competente vigente.

Toda la documentación requerida debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra.

La fecha de emisión de la documentación (prescripción médica, resumen de historia clínica, plan de integración, acta acuerdo entre escuela/prestador, informe social, certificado de alumno regular o concurrencia al centro educativo, consentimientos de planes de tratamiento y diagrama de transporte) y la aprobación de tratamientos por parte de la Obra Social deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera facturación de los mismos.

Todo presupuesto debe ser presentado en original y contener (según corresponda):

- ☞ Razón Social, domicilio completo de atención, teléfono, e-mail, firma y sello
- ☞ Condición frente al IVA
- ☞ Numero de CUIT
- ☞ Número de Ingresos Brutos
- ☞ Nombre, apellido, DNI y n° de afiliado del beneficiario
- ☞ Modalidad de prestación
- ☞ Detalle del tipo de jornada, categoría
- ☞ Indicar el período en el cual se cubrirá la prestación
- ☞ Detalle de días de la semana de atención
- ☞ Cantidad de sesiones al mes
- ☞ Importe por sesión / viaje
- ☞ Importe mensual
- ☞ Para transporte agregar: dirección de partida y destino, cantidad de viajes por día y mensual, cantidad de kilómetros recorridos por viaje y total al mes, indicar dependencia (si corresponde)

En caso de incorporarse una nueva prestación y/o realizar una modificación sobre un trámite en curso, la misma debe gestionarse con una anterioridad de 30 días a su inicio con la siguiente documentación:

- ☞ Pedido Médico con la nueva prestación
- ☞ Resumen de historia clínica con la justificación del cambio



osdem
Obra Social de Músicos

BELGRANO 3655 (1210) CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: 4957-3522 LINEAS ROTATIVAS
R N O S 1 / 1280-6 LEY 23.660
FECHA DE INICIO 18 /01 /1972

- ☞ Documentación pertinente al nuevo prestador (inscripción en el RNP, categorización, acta acuerdo, cronograma, plan de tratamiento, informe social, etc) según corresponda
- ☞ Presupuesto
- ☞ Consentimiento informado correspondiente
- ☞ Dependencia
- ☞ CBU, constancia de inscripción AFIP

Todo prestador deberá acreditar su **categorización** definitiva (escuelas especiales, CET, centro de día, hogares, equipo de integración escolar) o estar inscripto en el Registro Nacional de Prestadores (centros de rehabilitación y estimulación temprana).

Maestra de Apoyo se solicita título habilitante y certificado analítico de materias.

El profesional que brinde la modalidad de Maestro de Apoyo no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria

La facturación debe presentarse:

- ✓ en forma mensual
- ✓ adjuntar copia de la autorización correspondiente
- ✓ a nombre de la Obra Social (CUIT 30-60657525-0), Av. Belgrano 3655 (1210) CABA
- ✓ con los siguientes datos:
 - nombre, apellido, DNI y n° afiliado del beneficiario
 - prestación brindada
 - modalidad, jornada y categoría
 - período de prestación
 - cantidad de sesiones (si corresponde)
 - dependencia (si corresponde)
 - valor de cada sesión (si corresponde)
 - valor total mensual
 - en transporte:
 - dirección de partida y destino
 - cantidad de viajes por día
 - total de viajes en el mes
 - cantidad de kilómetros recorridos por viaje
 - total de kilómetros recorridos en el mes

El **recibo cancelatorio** debe estar dirigido a la Obra Social y contener:

- El número de factura que cancela
- Si es global: el detalle de todas las facturas que cancela y su importe en individual
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas (si corresponde)
- Detalle de transferencia y fecha de la misma
- Total del recibo
- Firma y aclaración del prestador o su representante

Si el pago estuvo **afectado a débitos** se deberá adjuntar fotocopia de planilla de ajuste con motivo e importe

Si el pago estuvo **afectado a retenciones** de impuestos se deberá adjuntar fotocopia de los comprobantes de retención



osdem
Obra Social de Músicos

BELGRANO 3655 (1210) CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: 4957-3522 LINEAS ROTATIVAS
R N O S 1 / 1280-6 LEY 23.660
FECHA DE INICIO 18 /01 /1972

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Certificado de Discapacidad vigente

Fotocopia del DNI del beneficiario

MÉDICO PRESTACIONAL

Resumen de Historia Clínica (anual):

- ✓ Original, sin enmiendas
- ✓ Confeccionado por el Médico de Cabecera/Tratante (pediatra, neurólogo, psiquiatra, fisiatra, etc)
- ✓ La fecha de confección debe coincidir con la que figura en las órdenes médicas y el consentimiento informado
- ✓ Nombre y apellido, DNI y n° de afiliado del beneficiario
- ✓ Diagnóstico (según CUD)
- ✓ Historia Clínica de discapacidad, evolución del tratamiento en el último año y estado actual del paciente. Incluir las intervenciones terapéuticas y/o educativas previas, plan terapéutico y farmacológico si lo hay

Prescripción médica:

- ✓ Por médico tratante
- ✓ Original, sin enmiendas
- ✓ Se solicitará cada prestación en hoja aparte
- ✓ Nombre y apellido del afiliado, DNI, n° afiliado y diagnóstico según CUD
- ✓ Con firma y sello del médico tratante, tipo y número de matrícula legible
- ✓ Con fecha anterior al período solicitado
- ✓ La prescripción médica NO deberá ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones
- ✓ Para cada prestación o concepto prescripto se debe indicar el período
- ✓ Para prestaciones ambulatorias se debe indicar especialidad y cantidad de sesiones semanales, período de la prestación
- ✓ Para prestaciones con concurrencia a Instituciones especificar modalidad (EGB, CET, Centro de día), el tipo de jornada (simple o doble) y período
- ✓ Para Apoyo a la Integración escolar:
 - Módulo Apoyo a la integración escolar (si está a cargo de una institución)
 - Módulo Maestro de Apoyo (si está a cargo de un profesional independiente)
- ✓ Transporte: solo a patologías motoras. En caso de patologías mentales deberá estar justificado hacia situaciones emocionales (conducta disruptiva en espacios públicos, fobias, etc.), o familiares (trabajo de ambos padres o familia monoparental)
- ✓ Dependencia: debe consignarse en el Resumen de historia clínica y la prescripción médica. Debe estar fundamentada conforme al índice FIM. Se



osdem
Obra Social de Músicos

BELGRANO 3655 (1210) CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: 4957-3522 LINEAS ROTATIVAS
R N O S 1 / 1280-6 LEY 23.660
FECHA DE INICIO 18 /01 /1972

contempla en Centro de Día, Hogares CET y transporte. NO se contempla en escolaridad especial, estimulación temprana, apoyo a la integración escolar, módulo ambulatorio, prestación de apoyo

Consentimiento Informado: por el plan de tratamiento, firmado por el beneficiario o representante y por los prestadores de cada prestación brindada. En caso de transporte debe contener el diagrama del traslado con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje

INSTITUCIONES

Estimulación Temprana:

- ✓ Cronograma de actividades semanal
- ✓ Plan de tratamiento anual con objetivos de todas las áreas personalizado
- ✓ Consentimiento Informado
- ✓ Presupuesto

Escuela Especial, CET, Centro de Día:

- ✓ Plan / Proyecto de tratamiento anual con objetivos de trabajo personalizado
- ✓ Constancia de Alumno regular
- ✓ Constancia de concurrencia mensual (se puede presentar con la facturación)
- ✓ Constancia de asistencia suscripta por el Director o representante legal, avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI del familiar
- ✓ Presupuesto: indicar modalidad de prestación y tipo de jornada (aclarar si se brinda el servicio de comedor)
- ✓ Consentimiento informado

Módulos de Apoyo en Integración Escolar y Maestro de Apoyo:

- ✓ Detalle de días y horarios de la prestación
- ✓ Plan de adaptaciones curriculares por materia firmado por equipo a cargo y autoridades de la escuela común
- ✓ Acta acuerdo entre la familia, la escuela y maestro integrador
- ✓ Constancia de alumno regular a la escuela común con horario de concurrencia
- ✓ Presupuesto
- ✓ Consentimiento informado bilateral
- ✓ Cronograma semanal de asistencia

Hogar y Pequeño Hogar:

- ✓ Informe social que avale la necesidad del módulo, emitido por licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento
- ✓ Cronograma de actividades por servicio (en caso de brindarse Hogar con otra prestación, ej. Hogar con centro de día)
- ✓ Plan / Proyecto de tratamiento anual con objetivos de trabajo personalizado



osdem
Obra Social de Músicos

BELGRANO 3655 (1210) CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: 4957-3522 LINEAS ROTATIVAS
R N O S 1 / 1280-6 LEY 23.660
FECHA DE INICIO 18 /01 /1972

- ✓ Consentimiento Informado suscripto por la institución y la familia (debe indicar período, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda)
- ✓ Constancia de asistencia suscripta por el Director o representante legal, avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI del familiar
- ✓ Presupuesto

Dependencia:

- ✓ Para Hogares, Centro de Día, CET y Transporte
- ✓ Consignarlo en el presupuesto
- ✓ Fundamentado por Tabla FIM (se adjunta formulario)

Constancia de CBU correspondientes a las razones sociales de los prestadores

Constancia de Inscripción en la AFIP

PROFESIONALES

Psicomotricistas, Psicopedagogos, Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales, Kinesiólogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Maestro de Apoyo

- ❖ Título habilitante
- ❖ Inscripción en el RNP
- ❖ Certificado analítico de materias (para Maestro de apoyo)
- ❖ Presupuesto anual en original
- ❖ Plan/Proyecto de tratamiento con objetivos de trabajo personalizado
- ❖ Consentimiento informado bilateral
- ❖ CBU
- ❖ Constancia de inscripción en AFIP
- ❖ Planilla mensual de asistencia diaria

TRANSPORTE ESPECIAL

- Pedido médico
- Resumen de historia clínica justificanda según déficit motor o conductual
- Consentimiento informado
- Presupuesto original (se debe presentar un presupuesto por destino)
- Copia del pago de los 3 últimos meses del seguro
- Copia del Carnet de conducir del chofer
- Copia de las habilitaciones según normativas vigentes
- CBU
- Constancia de inscripción en AFIP

REHABILITACIÓN

- ☞ Pedido médico
- ☞ Resumen de historia clínica
- ☞ Plan/Proyecto de trabajo con objetivos terapéuticos



osdem
Obra Social de Músicos

BELGRANO 3655 (1210) CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: 4957-3522 LINEAS ROTATIVAS
R N O S 1 / 1280-6 LEY 23.660
FECHA DE INICIO 18 /01 /1972

- ☞ Constancia de días y horarios
- ☞ Consentimiento informado suscripto por el beneficiario o representante y la institución, con indicación del período, lugar de atención, tipo de jornada, detalle de días y horarios
- ☞ Presupuesto
- ☞ Constancia de inscripción en el RNP
- ☞ CBU
- ☞ Constancia de inscripción en la AFIP
- ☞ Constancia de asistencia