

2021

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD



OBRA SOCIAL DE LUZ Y
FUERZA DE LA PATAGONIA
R.N.O.S: 1-2780-2

Contenido

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD	2
Procedimiento de Facturación de Prestaciones de Discapacidad	2
Documentación que debe presentar el beneficiario con discapacidad:	3
Detalle de documentación médica a presentar	4
Detalle de documentación que deben presentar las instituciones o profesionales:	4
Para Profesionales	5
Para Instituciones	5
Detalle de documentación de transportes Especiales a presentar:	6
Casos particulares y documentación adicional	7
❑ Módulo de Apoyo a la integración escolar (Equipo):	7
❑ Módulo de Maestro de apoyo	7
❑ Estimulación Temprana	7
❑ Transporte Especial	7
Instructivo de facturación	8
CONFECCIÓN DE FACTURA Y/O RECIBO:	9
❑ Encabezado:	9
❑ En la descripción o cuerpo de la factura:	9
❑ En caso de transporte debe contener:	9
CONFECCIÓN DE RECIBOS CANCELATORIOS:	10
SUBSIDIOS DE DISCAPACIDAD - FOMULARIO D-03	12
NORMATIVAS OPERATIVAS –RESOLUCIÓN 15/19 DISCAPACIDAD	12
Objeto:	12
Justificación:	12
Características:	13
Requisitos para solicitar el subsidio:	13
Suspensión del subsidio	14
Modificación del monto del subsidio	14

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

Procedimiento de Facturación de Prestaciones de Discapacidad

La Obra Social Generar Salud establece el siguiente Manual de Procedimiento para todo prestador que facture prestaciones de afiliados con discapacidad a partir del año 2020. El siguiente instructivo se encuentra adaptado al Nomenclador para personas con discapacidad establecido por la Superintendencia de Servicios de Salud. El mismo busca ser una herramienta útil que agilice la presentación de la documentación para lo cual los afiliados y/o prestadores podrán acceder al INSTRUCTIVO DE DISCAPACIDAD a través del siguiente medio:

- a- Solicitarlo vía mail a discapacidad@generarsalud.com.ar
- b- Retirarlo impreso en la Seccional más cercana.

Verificación de la documentación.

- a- Toda documentación específica que deba presentarse ante la Obra Social deberá ser ESCANEADO y enviada via email discapacidad@generarsalud.com.ar; indicando en el ASUNTO: Nombre, Apellido y número de afiliado.
- b- Las áreas de auditoría Médica, Facturación y Discapacidad procederán al análisis de dicha documentación y dará el aval correspondiente para su ingreso en caso de estar completa o bien, indicará la documentación faltante y/o las modificaciones a realizar. Luego de ello deberán COMPLETAR la documentación (según indicaciones) en el plazo máximo de 7 (siete) días, a partir de la notificación de la Obra Social.
- c- Una vez que las áreas competentes de auditoría Médica, Facturación y Discapacidad dictaminen que está completa y correcta la documentación enviada vía mail, el beneficiario y/o prestador deberá presentar toda la documentación en formato papel en la Seccional más cercana.

En caso de ser necesario, se solicitará la evaluación del beneficiario por la junta Evaluadora de la Obra Social.

ACLARACIÓN: El equipo de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesario a los fines de evaluar prestaciones prescriptas, pudiendo modificar las frecuencias y/o cantidades de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

- NO SE RECIBIRA, DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA
- NO SE RECIBIRA, DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTE TACHADURAS Y/O CORRECCIONES SIN LA RESPECTIVA ENMIENDA CON NUEVA FIRMA Y SELLO

NO SE RECONOCERÁN LAS PRESTACIONES QUE NO HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADAS POR LA OBRA SOCIAL, POR LO CUAL ES INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA DAR INICIO A LAS PESTACIONES 2019

La documentación requerida estará sujeta a las eventuales modificaciones que la Obra Social considere necesaria y a las Resoluciones en vigencia emitidas por el Ministerio de Salud y/o Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente. No pudiendo negarse los Afiliados y/o Prestadores a cumplimentar las nuevas directrices.

Documentación que debe presentar el beneficiario con discapacidad:

- Ante cualquier vencimiento del certificado de discapacidad durante el año 2020 el beneficiario deberá acreditar ante Obra Social, copia del turno de renovación y/o el nuevo certificado emitido para la continuidad de la cobertura, sin excepción.
- Constancia de alumno regular o certificado de concurrencia al Centro Educativo correspondiente, donde deberá estar detallado al turno al que asiste: solicitarlo a la escuela y/o institución donde concurre el beneficiario y/o reserva de vacante escolar. Solo en el caso de solicitar como prestaciones el de maestro de apoyo o integración escolar
- Planilla de Actualización de datos del Afiliado titular completa. **(Form –D-01.3)**

- Cronograma realizado por el familiar a cargo indicando la distribución de todas las prestaciones en horas y días semanales. **(Form –D-01.3)**

Detalle de documentación médica a presentar

Toda prescripción debe ser realizada por médico CLINICO-NEUROLOGO-FISIATRA Y/O PEDIATRA en modelo propuesto por la Obra Social.

- Pedido Médico **original**: El médico tratante confeccionará una R/P por cada una de las prestaciones solicitadas con indicaciones de la frecuencia semanal y su periodo de la cobertura. **(Form –D-01.2)**
- Resumen de Historia Clínica Original: El mismo debe contar con el diagnóstico y su evolución. Deberá ser legible en todo su contenido, principalmente los datos del paciente, n° de afiliado, el nombre y apellido del médico tratante (o sello) y n° de matrícula. **(Form –D-01)**

Debe existir **TOTAL COINCIDENCIA** entre lo solicitado por el médico y la propuesta de trabajo realizado por el profesional y/o institución.

- a- Si se solicita a una Institución (EGB – CET- Centro de Día Hogar con Centro de Día) deberá aclarar el tipo de jornada (simple o doble)
- b- En caso de solicitar DEPENDENCIA, deberá estar aclarado y fundamentado en la prescripción. En la justificación clínica de la solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM **(Form –D-01.7)**

Detalle de documentación que deben presentar las instituciones o profesionales:

- Se deberá presentar antes del día 15 de enero de cada año, junto al Informe final del año anterior, de las prestaciones realizadas y evaluación correspondiente por cada uno del beneficiario, que hayan asistido, sin excepción.
- Plan de tratamiento de cada especialidad: con objetivos personalizados de cada beneficiario con firma y sello del profesional.
- Presupuesto original: según modelo propuesto por la Obra Social sin excepción. Con su formulario de CONSENTIMIENTO POR EL PLAN DE TRATAMIENTO: el

mismo debe ser firmado por el padre, madre tutor o encargado y por el profesional actuante. **(Form –D-01.4)**

Nota: Se deberá completar un presupuesto por cada prestación junto con su correspondiente consentimiento.

Para Profesionales

1. Fotocopia del título habilitante por DUPLICADO
2. Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicio de Salud (sin excepción)
3. Constancia de inscripción en AFIP con fecha actualizada y vigente.
4. Fotocopia de la primera y segunda hoja del DNI.
5. Seguro por mala praxis (fotocopia).
6. Constancia de CBU 2018/19 emitido por el banco: La misma debe contener los siguientes datos sin excepción: membrete/ sello del banco, especificación del tipo de cuenta (caja de ahorro, cta. corriente, cta. Sueldo), N° de sucursal, N° de cuenta y C.U.I.T. (por DUPLICADO)

NOTA: aquellos profesionales que continúen con las terapias a los mismos afiliados solo deberán presentar los puntos 3,5 y el 6 en el caso que hayan modificado sus datos bancarios.

Para Instituciones

1. Dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicio de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependientes del Servicio Nacional de Rehabilitación.
2. Categorización de la provincia, extendido por el Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut.
3. Constancia de inscripción en AFIP con fecha actualizada y vigente.
4. Seguro por mala praxis y/o Responsabilidad civil comprensiva.
5. Constancia de CBU 2018/19 emitida por el banco: La misma debe contener los siguientes datos sin excepción: membrete/ sello del banco, especificación del

tipo de cuenta (caja de ahorro, cta. Corriente, cta. Sueldo) N° de sucursal, N° de cuenta y C.U.I.T. (por DUPLICADO).

NOTA: aquellos profesionales que continúen con las terapias a los mismos afiliados solo deberán presentar los puntos 3,4 y el 5 en el caso que hayan modificado sus datos bancarios.

Detalle de documentación de transportes Especiales a presentar:

- Nota: El reconocimiento del transporte se encuentra ligado a la imposibilidad del afiliado de trasladarse en los medios públicos de transporte automotor, por lo que tal imposibilidad debe quedar justificada en forma directa por el diagnóstico declarado en el Certificado de Discapacidad o por informe del médico tratante.
(Form –D-02)
- Presupuesto original: según modelo propuesto por la Obra Social sin excepción. Completar TODOS los campos. Formularios de consentimiento informal: el mismo debe ser firmado por el padre, madre tutor o encargado y por el transportista. **(Form –D-02.1)**
- Mapa recorrido: impreso un mapa que detalle el recorrido y la cantidad de km. Efectuado con algún sistema informático (Google maps).
- En caso de requerir el 35% adicional por dependencia del afiliado, deberá justificar la misma a través de Escala de Medición de Independencia Funcional (ej. Escala FIM) firmada por el Médico Especialista. **(Form –D-01.7)**
- El FIM no acredita dependencia, será evaluado por el equipo de auditoría.
- Constancia de inscripción en AFIP con fecha actualizada y vigente.
- Fotocopia de póliza de Seguro vigente.
- Carnet de conducir habilitado para el transporte de pasajeros vigente.
- Habilitación municipal para traslado de personas con discapacidad, POR DUPLICADO
- Constancia de CBU 2018/19 emitida por el banco: La misma debe contener los siguientes datos sin excepción: membrete/ sello del banco, especificación del tipo de cuenta (caja de ahorro, cta. Corriente, cta. Sueldo) N° de sucursal, N° de cuenta y C.U.I.T. (Por DUPLICADO)

Casos particulares y documentación adicional

- **Módulo de Apoyo a la integración escolar (Equipo):**

Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar: Instituciones categorizadas para la modalidad AIE, CET con Integración Escolar Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial y Educación General Básica.

- Acta Acuerdo de integración: firmado por la escuela, padres y equipo de apoyo a la integración escolar.
- Adaptación Curricular detallada por áreas.

- **Módulo de Maestro de apoyo**

- El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs. Mensuales, caso contrario se considera la prestación como Maestro de Apoyo valor hora.
- Acta Acuerdo de Integración: firmado por la escuela, padre y equipo de apoyo a la integración escolar.
- Adaptaciones Curriculares detalladas por áreas.
- Se deberá presentar título Habilitante y certificado analítico de materias.

Los maestros de apoyo deberán contar con título de Psicopedagogas, Lic. En Psicopedagogía, Lic. En Ciencias de la Educación y/o maestra especial.

- **Estimulación Temprana**

Solo será reconocida en Centros de Estimulación Temprana categorizados para tal fin por el Servicio Nacional de Rehabilitación.

- Hogares
- Hogar con centro de Día, Hogar con CET, Pequeño Hogar.

Se requiere Informe por Lic. En Trabajo Social justificando la necesidad de la internación.

- **Transporte Especial**

Será requisito, en el pedido médico fundamentar la solicitud de la prestación con datos clínicos relevantes que justifiquen la imposibilidad del traslado gratuito en transporte público de pasajeros con un acompañante, ya sea por dificultades mortales y/o conductuales.

Cambio de Prestadores

En los casos que se solicite el cambio de deberá presentar nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio con fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior y fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.

Se autorizará hasta un cambio de prestador por año para cada prestación.

Instructivo de facturación

La facturación debe ser presentada del 1 al 10 de cada mes por la Seccional más cercana.

Junto a cada facturación se debe adjuntar:

- Planilla de asistencia
- Informe evolutivo mensual
- Original y fotocopia de la factura a presentar (una copia de la factura a presentar: que será sellada y devuelta, como constancia de ingreso a nuestra Obra Social con la fecha de ingreso).

IMPORTANTE: La falta de presentación mensual o presentación tardía de la facturación puede imposibilitar y/o retrasar el pago al siguiente periodo. Las facturas recibidas antes del 20 de cada mes son subidas a la Superintendencia, aquellas que fueran enviadas a la obra social con posterioridad a esa fecha serán cargadas para el próximo mes.

Nota: SIN PRESUPUESTO PRESENTADO Y APROBADO POR LA OBRA SOCIAL CON ANTERIORIDAD NO SE PODRÁ DAR INGRESO A LA FACTURACIÓN. (Form –D-01.7)

CONFECCIÓN DE FACTURA Y/O RECIBO:

- **Encabezado:**

Fecha de emisión (posterior al mes de presentación y a la fecha de impresión del talonario)

Estar extendido a nombre de: OBRA SOCIAL DE LUZ Y FUERZA DE LA PATAGONIA

Domicilio: CARRASCO 60 CP. 9100 TRELEW CHUBUT

Condición IVA: Exento

- **En la descripción o cuerpo de la factura:**

- Nombre de beneficiario causante – DNI y N° afiliado

- Periodo facturado (mes y año facturado)

- IMPORTE INDIVIDUAL E IMPORTE MENSUAL

- Modalidad, jornada (doble y simple)

- Categoría del establecimiento si corresponde

- Indicar si incluye dependencia

- En el caso de especialidades: tipo de prestación, cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas y sumatoria de las prestaciones facturadas.

- **En caso de transporte debe contener:**

- Dirección de partida y destino

- Indicar si incluye dependencia SI / NO

- Cantidad de km recorridos por viaje. Cantidad de viajes por día.

- Cantidad de km mensuales (km por viaje por cantidad de viajes)

- Monto individual por KM

- Monto mensual de la prestación brindada

CONFECCIÓN DE RECIBOS CANCELATORIOS:

El mismo debe contener:

- Fecha
- Número completo de factura que cancela
- En caso de recibo global: detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas, debe confeccionarse nota de crédito a nombre de la obra social.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia
- Total, del recibo verificado que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas
- Firma y aclaración del prestador o su representante
- Las facturas y/o Recibos deben ser tipo "B" o "C"
- Enviar el recibo una vez efectivizado el pago de presentaciones por la Obra Social (sin excepción)

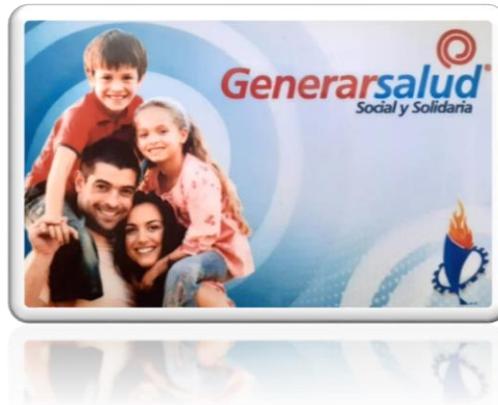
Prestadores que revisten la categoría de Responsable Inscripto ante la AFIP deben aportar el correspondiente recibo cancelatorio dentro de los 10 días posteriores al pago de la prestación cancelada por la Obra Social.

7 NORMATIVAS

SOLICITUD SUBSIDIOS

PARA ACOMPAÑANTE

ESCOLAR 7



2021

NORMATIVAS OPERATIVAS –RESOLUCIÓN 15/19 DISCAPACIDAD

Objeto:

El subsidio será otorgado al afiliado **Titular de la Obra Social** a los fines de contribuir con los gastos de Acompañante Terapéutico Escolar, sin inscripción en la Superintendencia de Salud para la atención del niño con discapacidad dentro del ámbito escolar.

La relación contractual de prestación de servicio establecida entre el afiliado Titular y el Acompañante Terapéutico **no será vinculante** a la Obra Social. La responsabilidad de la Obra Social se limita al pago de subsidio solicitado por el afiliado titular de la misma.

Para acceder al subsidio el afiliado **deberá tener como mínimo 1 (un) año de antigüedad** como afiliado a la Obra Social de Luz y Fuerza de la Patagonia y no tener como prestación solicitada para el mismo periodo el de Maestra de Apoyo.

Los afiliados titulares y adherentes que cuenten con subsidios del fondo Solidario dispuesto por el ART. N° 70 del C.C.T. de Luz y Fuerzas de la Patagonia deberán tener dicho aporte al día. Quienes no abonen dicho fondo, percibirán un monto menor de subsidio. Los montos a percibir se encuentran estipulados en la Resolución N° 16/19 y sus posteriores modificatorias.

Justificación:

Para acceder al beneficio la discapacidad deberá estar **Certificada por Junta Médica Oficial** de repartición pública dependiente de la Secretaria de **Salud de la Provincia del Chubut** según lo establecido en **Ley N° 22.431** (Puntos 2°; 3° y 4° de la Normativa del Anexo I de la Resolución N° 96/95 y Art. 1° de la Resolución N° 01/99). El certificado de discapacidad deberá aclarar la necesidad de acompañamiento.

Características:

1.- La Comisión Directiva otorgará una suma de dinero mensual y fija con un monto máximo mensual de subsidio para cubrir la Ayuda de Acompañante Terapéutico Escolar, conforme a lo estipulado en Res:15/19.

2.- Los montos serán depositados en la cuenta bancaria del Titular de la Obra Social dentro de los primeros 20 días de cada mes vencido. Las facturas originales deberán ingresar del 01 al 05 de cada mes. Se deberá presentar cada tres meses un informe del progreso del niño realizado por el acompañante.

Requisitos para solicitar el subsidio:

- **SOLICITUD DEL SUBSIDIO:** se deberá completar y presentar con carácter de Declaración Jurada la Planilla de Solicitud (Formulario D-3.1).
- **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:** la obra Social deberá tener el último Certificado vigente del beneficiario para que se otorga el beneficio.

Nota: El Certificado Oficial de Discapacidad se deberá presentar sólo en el caso de estar vencido el periodo de validez.

- **PEDIDO MÉDICO:** Se deberá presentar antes del 28 de febrero de 2021 el nuevo pedido médico donde se solicita el acompañamiento escolar para el Periodo Marzo – Diciembre 2021
- **CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR:** Antes del 30 abril de 2021 se deberá presentar certificado de alumno regular.
- **ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN:** firmado por la escuela, padre y equipo de apoyo a la integración escolar.
- **PLANILLA DE ASISTENCIA:** se deberá presentar planilla de asistencia mensual firmada por directivo del Establecimiento escolar.
- **FOTOCOPIA DE LOS ÚLTIMOS DOS RECIBOS DE SUELDO:** del agente titular de la Obra Social y de su cónyuge en el caso que realice alguna actividad laboral.

- **PLAN DE TRABAJO Y PLAN DE SEGUIMIENTO:** En todos los casos deberán presentarse al inicio de la prestación y al final del año escolar constancia de logros obtenidos. En el caso de cambio de prestador, este deberá presentar su propio plan de trabajo, al inicio de la prestación.
- **FACTURAS DE PRESTADORES:** se deberá presentar mensualmente la factura original de los prestadores, las cuales deberán estar a nombre del titular de la Obra Social.

Causales de Suspensión del subsidio

- a) Si se comprobare fehacientemente la **falsedad** de lo expresado en la Solicitud de Subsidio con carácter de declaración jurada.
- b) Cuando la prestación no se esté realizando;
- c) Cuando el titular no presente el comprobante de la factura por un periodo mayor a 2 meses alternados o consecutivos, sin causa justificada.

Modificación del monto del subsidio

El dictamen de **aumento o disminución** del monto del subsidio cumplirá los mismos requisitos que se realizan al otorgar el mismo.

El afiliado podrá, bajo causales exclusivas a su situación, y con la presentación de la documentación que pudiera ser solicitada a criterio de la obra social, solicitar la consideración de la modificación del monto dispuesto de subsidio, el cual será analizado y resuelto exclusivamente por la comisión directiva de la obra social. -

Cambio de acompañante

Si durante el ciclo lectivo se cambiase de Acompañante Terapéutico este hecho deberá ser informado a la Obra Social dentro del mes que inicie la prestación de servicio. Así mismo se deberá informar a la caducidad de la prestación anterior.