

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
INSTRUCTIVO PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES
QUE BRINDEN LAS PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN/TERAPIAS

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES

- 1) Todo formulario y/o planilla de Plan de Trabajo y Presupuesto debe ser presentado conforme los modelos adjuntos que correspondan.
- 2) Para solicitar cobertura a OSPAC **se deberá presentar toda la documentación solicitada en forma conjunta**, sin excepción.
- 3) **NO** se recibirán entregas parciales o que no cumplan con los requisitos solicitados.
- 4) Todo formulario y/o planilla a completar por los Profesionales o Instituciones que brinden las prestaciones de rehabilitación, debe confeccionarse **con misma letra y tinta azul o negra, sin enmiendas ni tachaduras** (de no ser así, será motivo de rechazo de recepción).
- 5) **En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura requerida.**
- 6) OSPAC no dará cobertura a prestaciones de rehabilitación/terapias que sean realizadas con Profesionales o Instituciones que no se encuentren inscriptos/categorizados en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud o Servicio Nacional de Rehabilitación, según corresponda.

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES SOBRE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- 1) Los formularios y/o planillas son de **presentación obligatoria**, sin excepción.
- 2) El inicio de las terapias/prestaciones de rehabilitación **SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSPAC**, es de exclusiva responsabilidad del afiliado y del Profesional o Institución, y **no obliga a OSPAC a cubrir dichas prestaciones/terapias.**
- 3) Todos los formularios y/o planillas que se presenten deberán poseer **fecha de suscripción y de presentación ante OSPAC de forma previa al inicio de la prestación de rehabilitación.**
- 4) La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no genera derecho alguno al Profesional o Institución a cargo de las prestaciones de rehabilitación a continuar con la realización de la prestación en cuestión **sin la previa autorización de OSPAC**, ni obliga a la obra social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- 5) En todas las prestaciones de rehabilitación (Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Kinesiología, entre otras) se considera que **cada sesión se desarrolla en un plazo de cincuenta (50) minutos**, por lo cual **no podrá facturarse más de una sesión aduciendo que se prolonga más allá del tiempo precedentemente mencionado.**
- 6) **En ningún caso OSPAC autorizará, ni abonará, más de una sesión de rehabilitación por día de la misma especialidad.**
- 7) En los casos en que se produzca un **cambio de profesional** a cargo de las prestaciones de rehabilitación, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, una nota formal explicando los motivos del cambio.
- 8) El **equipo interdisciplinario de OSPAC** podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar el diagnóstico, el estado de salud del afiliado, la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo Auditoría Médica modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo con las conclusiones de la evaluación que realice.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- 1) Plan de Trabajo con descripción de objetivos propuestos y evolución del tratamiento.
- 2) Presupuesto.
- 3) Consentimiento al esquema de prestaciones, conforme modelo adjunto.
- 4) Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud o del Servicio Nacional de Rehabilitación, con su respectiva categorización, según corresponda.

De no contar con dicha inscripción, OSPAC no abonará los valores de la Resolución vigente en materia de Prestaciones en favor de Personas con Discapacidad y la cobertura será de acuerdo con el Plan de afiliación correspondiente.

Si la inscripción tuviera fecha de caducidad dentro del año en curso, se autorizarán valores según Resolución hasta dicha fecha, siendo responsabilidad del Profesional presentar la reinscripción para mantener los valores vigentes. De lo contrario, OSPAC cubrirá las prestaciones de acuerdo con el Plan de afiliación correspondiente.

- 5) Título habilitante, constancia de matriculación y habilitación de consultorios en los casos de profesionales individuales.
- 6) En caso de facturadores directos a OSPAC, aportar constancias de AFIP y CBU.

INTEGRACIÓN ESCOLAR (ya sea Equipo o Maestra/o de Apoyo)

- 1) Se modulará cuando se brinde un mínimo de:
 - a) 8 horas semanales para Equipos de Apoyo a la Integración Escolar.
 - b) 6 horas semanales para Profesionales individuales (Docente de Educación Especial/Psicopedagoga).
- 2) En los casos que se indique una cantidad de horas inferiores al módulo, se deberá extender el presupuesto por valor hora.
- 3) Se deberá presentar la siguiente documentación:
 - a) Acta Acuerdo en original conforme modelo adjunto. La misma deberá ser firmada en forma conjunta por la autoridad escolar, profesional interviniente (individual/equipo), padre, madre, tutor, apoyo, curador.
 - b) Proyecto de Integración: debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos y debe estar firmado por el Profesional independiente que realiza la integración y/o a Institución que cede al Maestro/a Integradora.
 - c) Presupuesto, conforme modelo adjunto.
 - d) Formulario de Consentimiento informado, conforme modelo adjunto.

FORMULARIO DE PLAN DE TRABAJO – TERAPIAS/PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

ACLARACIONES PRELIMINARES:

- 1) Debe ser completado en su totalidad, sin excepción, por el **Profesional o Institución que brindará las terapias/prestaciones de rehabilitación prescriptas por el Médico tratante Especialista en la Discapacidad involucrada.**
- 2) Se solicita **letra clara, en tinta azul o negra.** No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.
- 3) En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o planes de trabajos que sean extendidos y que estén a cargo de un profesional familiar directo del afiliado.

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: _____

Nro. de afiliado: _____ **Plan:** _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Edad:** ____ **Género:** _____

**DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PLAN DE TRATAMIENTO Y QUE
BRINDA LAS TERAPIAS/ PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN**

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____ **Especialidad:** _____

Domicilio: _____ **Localidad:** _____

Teléfonos: _____ **CUIT:** _____

Correo electrónico: _____

Inscripción en el R.N.P.: _____

FORMULARIO DE CRONOGRAMA HORARIO DE PRESTACIONES/TERAPIAS

IMPORTANTE: Deberá entregarse obligatoriamente al momento de presentar toda la documentación.

Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____ **Nro. de afiliado:** _____ **Plan:** _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Edad:** _____

Domicilio: _____ **Localidad:** _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00					
8:30					
9:00					
9:30					
10:00					
10:30					
11:00					
11:30					
12:00					

12:30					
13:00					
13:30					
14:00					
14:30					
15:00					
15:30					
16:00					
16:30					
17:00					
17:30					
18:00					
18:30					
19:00					
19:30					
20:00					

Fecha, firma y aclaración del afiliado Titular a OSPAC:

Fecha, firma y aclaración del afiliado a OSPAC beneficiario de las prestaciones (o representante legal, o curador o apoyo):

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

**PRESUPUESTO TERAPIAS/ PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN
PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES**

Fecha y lugar de emisión: _____

Nombre y Apellido: _____

Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Datos de la Prestación:

Prestación/Especialidad: _____

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2019

Cantidad de sesiones semanales y mensuales: _____

Monto por sesión: \$ _____

Monto mensual: \$ _____

Datos del Prestador:

Nombre y apellido: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

Cronograma de Asistencia:

Domicilio real donde se brinda la prestación: _____

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello del Profesional

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

**PRESUPUESTO TERAPIAS/PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN
PARA INSTITUCIONES**

Fecha y lugar de emisión: _____

Nombre y Apellido: _____

Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Concurre a las terapias acompañado por (nombre completo y parentesco): _____

Datos de la Prestación:

Prestación/Especialidad: _____

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2019

Cantidad de sesiones semanales y mensuales: _____

Valor del Módulo: \$ _____

Datos del Prestador:

Razón Social: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

Director de la Institución: _____

Cronograma de Asistencia:

Domicilio real donde se brinda la prestación: _____

Localidad: _____

	Días	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	Horarios	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											

Firma, aclaración y sello de los Profesionales

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

PLANILLA DE ASISTENCIA A TERAPIAS/PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

IMPORTANTE PARA FACTURAR: La presente planilla debe ser agregada, en original, a la factura o recibo que mensualmente se emita. Se debe anexar 1 planilla por cada prestación que realice el afiliado y 1 planilla por cada mes.

Nombre y Apellido o Razón Social del prestador: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Dejo constancia que el afiliado _____

concurrió a tratamiento de _____

durante el mes de _____ de 2019.

Día	Fecha	Hora de ingreso	Hora de egreso	Firma de Titular o Padre
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				

Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

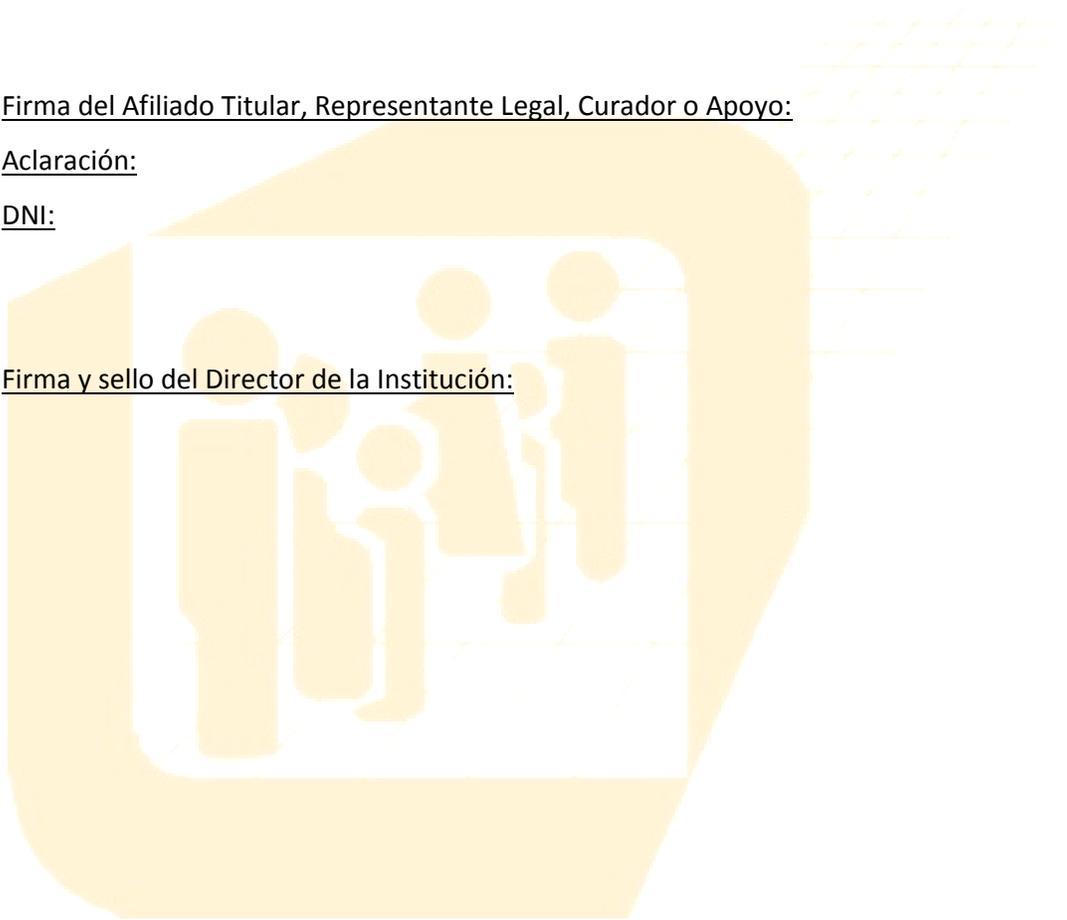
Firma y sello del Profesional tratante:

Firma del Afiliado Titular, Representante Legal, Curador o Apoyo:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello del Director de la Institución:



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

CONSENTIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO EN INSTITUCIONES

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio real de atención, lugar donde se brinda la prestación: _____

_____ Localidad: _____

Teléfono: _____

Nombre del afiliado: _____

DNI: _____ Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Prestaciones a brindar:

Tipo de jornada (simple o doble): _____ Dependencia (Si/No): _____

Monto mensual: \$ _____ Categoría: _____

Período ciclo lectivo 2019: Desde _____ Hasta _____

Cronograma de asistencia:

	Días	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	Horarios	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											

Firma, aclaración y sello del Director de la Institución:

CONSENTIMIENTO

Mediante el presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente en favor del afiliado _____

_____ DNI _____

Firma y aclaración del afiliado (o representante legal, curador, apoyo): _____

DNI: _____ Teléfono: _____

Lugar y fecha de consentimiento: _____



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

CONSENTIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO CON PROFESIONALES INDIVIDUALES

Lugar y fecha de emisión: _____

Nombre completo del prestador: _____

Domicilio real de atención, lugar donde se brinda la prestación: _____

_____ Localidad: _____

Teléfono: _____

Nombre del afiliado: _____

DNI: _____ Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Prestación/especialidad/terapia	Cantidad sesiones	de	Monto sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período ciclo lectivo 2019: Desde _____ Hasta _____

Cronograma de asistencia:

	Días	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	Horarios	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											

Firma, aclaración y sello del Profesional responsable de la prestación:

CONSENTIMIENTO

Mediante el presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente en favor del afiliado _____

_____ DNI _____

Firma y aclaración del afiliado (o representante legal, curador, apoyo): _____

DNI: _____ Teléfono: _____

Lugar y fecha de consentimiento: _____

