

LA DOCUMENTACIÓN SE RECEPCIONARÁ HASTA EL 31/12/2021

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES

- 1) Para requerir cobertura a OSPAC se **deberá presentar toda la documentación solicitada en forma conjunta**, sin excepción.
- 2) **NO** se recibirán entregas parciales o que no cumplan con los requisitos solicitados.
- 3) Los formularios y/o planillas deben ser completados por **Médicos Especialistas en la discapacidad involucrada**.
- 4) Todo formulario y/o planilla a completar por el **Médico tratante especialista en la discapacidad involucrada**, representante legal o tutor o curador o apoyo, 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 que sean prescriptas por Médicos que **no se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud o Servicio Nacional de Rehabilitación**, según corresponda.
- 7) Todas las prestaciones de rehabilitación/terapias que se soliciten como consecuencia de la discapacidad, sin excepción, deben ser prescriptas y justificadas por el Médico tratante especialista en la Discapacidad involucrada. No se admitirán solicitudes de prestaciones por otros profesionales.
- 8) En caso de solicitarse **Acompañante Terapéutico**, deberá cumplimentarse con la presentación de los formularios adjuntos y requisitos en ellos establecidos.
- 9) En caso de **agregar** alguna terapia de rehabilitación a los tratamientos que fueren autorizados por OSPAC, o **modificar** la frecuencia de los mismos, será necesaria la **autorización previa de OSPAC antes del inicio**. En tal caso, por favor, consultar en el Departamento de Discapacidad.

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 prestaciones **SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSPAC**, es de exclusiva responsabilidad del afiliado y del prestador, y **no obliga a OSPAC a cubrir dichas prestaciones**.
- 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**.
- 4) La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no genera derecho alguno al Profesional o Institución que brinda las prestaciones a continuar con la realización de la prestación/terapia en cuestión **sin la previa autorización de OSPAC**, ni obliga a la obra social a cubrir dichas prestaciones/terapias sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- 5) En todas las prestaciones de rehabilitación (Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Kinesioterapia, 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**.

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2022 -

INSTRUCTIVO PARA AFILIADOS

- 6) En **ningún caso OSPAC autorizará, ni abonará, más de una sesión de rehabilitación por día de la misma especialidad.**
- 7) En caso de facturadores directos a OSPAC, presentar constancias de AFIP y CBU. Es condición sine qua non no pertenecer a ninguna entidad facturadora.
- 8) OSPAC cubrirá Transporte Especial a aquellos afiliados que por su diagnóstico manifiesto en el Certificado de Discapacidad no puedan hacer uso del transporte público. El Médico Tratante especialista en la Discapacidad involucrada deberá solicitar y justificar la prestación, de acuerdo con los formularios adjuntos. Se reconocerá dependencia únicamente cuando los afiliados requieran asistencia completa o supervisión constante, acreditada en Formulario de valoración por Escala FIM aprobado por Auditoría Médica.
- 9) 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 ANUALMENTE

- 1) Copia del Certificado de Discapacidad **vigente**.

Si el Certificado tuviera fecha de vencimiento dentro del año corriente, las prestaciones se autorizarán hasta dicha fecha, siendo **obligatorio** presentar la renovación del mismo antes de su vencimiento para autorizar la continuidad de las terapias.

De no presentarlo en término, las prestaciones de rehabilitación/terapias se cubrirán de acuerdo con el Plan de afiliación correspondiente, retomando el valor de Ley a partir de la fecha de presentación del Certificado en la Obra Social. Recomendamos solicitar turno para renovación con 4 meses de antelación.
- 2) Formulario de datos personales del afiliado con discapacidad.
- 3) Formulario de Resumen de Historia Clínica con Plan Terapéutico, suscripto por el Médico tratante Especialista en la Discapacidad involucrada -sin excepción-.
- 4) Formulario de Prescripción Médica trimestral para la autorización, conforme modelo adjunto.
- 5) Formulario de Escala FIM, en todos los casos, conforme modelo adjunto.
- 6) Formulario de cronograma de horarios de prestaciones/terapias, conforme modelo adjunto.
- 7) Formularios de Plan de Trabajo y Presupuestos de Profesionales/Instituciones, conforme el instructivo para Profesionales/Instituciones.
- 8) Formularios de Transporte, sólo si el afiliado requiere de Transporte Especial.
- 9) Consentimientos al esquema de prestaciones.
- 10) Certificado de Alumno Regular, en original, detallando el CUE (Código Único de Establecimiento) que debe solicitarse en la institución, escuela común, escuela especial, CET (Centro Educativo Terapéutico) o CD (Centro de Día).
- 11) Utilizar el Formulario de Verificación y Control para controlar que la documentación esté completa y en condiciones de ser presentada en OSPAC.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL

* Tildar la documentación presentada.

* Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para la evaluación y auditoría de las prestaciones cuya autorización se requiere a OSPAC

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

NRO. DE AFILIADO: _____

<p>DOCUMENTACIÓN PERSONAL Para todos los casos que corresponda, sin excepción.</p>	<p>___ Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente. ___ Certificado de Alumno Regular o nota aclaratoria firmada por el Médico tratante especialista en la discapacidad en caso de no estar escolarizado. ___ Formulario de cronograma de horario de prestaciones/terapias indicando la distribución de todas las actividades que realiza el afiliado (conforme modelo adjunto).</p>
<p>DOCUMENTACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE ESPECIALISTA EN LA DISCAPACIDAD INVOLUCRADA</p>	<p>___ Formulario de Resumen de Historia Clínica con Plan Terapéutico (conforme modelo adjunto). ___ Formulario de Valoración FIM, en todos los casos (conforme modelo adjunto).</p>
<p>DOCUMENTACIÓN DE LOS PROFESIONALES A CARGO DE LAS PRESTACIONES/TERAPIAS DE REHABILITACIÓN</p>	<p>___ Formulario de Plan de Trabajo–Prestaciones de rehabilitación. ___ Constancia de inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores, sin excepción. ___ Constancia de inscripción de AFIP y CBU. ___ En caso de Institución, copia de la categorización vigente, sin excepción. ___ Título habilitante del profesional a cargo de la prestación de rehabilitación. ___ En caso de solicitar Apoyo a la Integración Escolar, adjuntar: Formulario de Acta acuerdo y Proyecto de Integración-Adaptación curricular.</p>



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2022 -

INSTRUCTIVO PARA AFILIADOS

<p>TRANSPORTISTA Para todos los casos que corresponda, sin excepción.</p>	<p>___ Constancia de inscripción de AFIP y CBU. ___ Habilitación actualizada de la persona humana o empresa que factura y del vehículo en el que se efectúa el traslado, sin excepción. ___ Copia de la póliza de seguros vigente, sin excepción. ___ Presupuesto (conforme modelo adjunto). ___ Mapa del menor recorrido del transporte, sin excepción. ___ Consentimiento de traslados. ___ Formulario de Transporte, sólo si el afiliado requiere de Transporte Especial.</p>
--	--

<p>ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO Para todos los casos que corresponda, sin excepción.</p>	<p>___ Formulario de solicitud de Acompañante Terapéutico. ___ Formulario de Plan de Trabajo o Plan de Acompañamiento.</p>
--	--

PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR OSPAC

Fecha de presentación en la Obra Social: _____

Recepcionó: _____

FIRMA DEL AFILIADO: _____

(o representante legal, o curador o apoyo)

ACLARACIÓN / PARENTEZCO: _____