

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PEONES DE TAXIS DE LA CAPITAL FEDERAL

Av. La Plata 1562/4 – (1250) Capital Federal

T.E. 4920-7000 Int. 354/367/372

Instructivo 2025 para presentar prestaciones por discapacidad

Según Normativa Vigente Superintendencia Servicios de Salud.

Afiliación y Cobertura vigente / CUD Vigente

Beneficiarios de Primera Vez: Solicitar turno para Entrevista con Equipo Interdisciplinario

Beneficiarios con renovación: Solicitar turno con Médico de Familia.

El Centro Médico orientará en la presentación de la Documentación, la cual deberá ser deberá ser presentada en la oficina del Área de Discapacidad.

En caso de ser necesario podrá presentarlo de manera virtual escaneada en formato PDF en 1 solo archivo, por correo electrónico indicando DNI y nombre del beneficiario en el asunto.

***LA DOCUMENTACION PRESENTADA DEBE ESTAR COMPLETA PARA SER
AUDITADA POR LA OBRA SOCIAL.
SU RECEPCION NO IMPLICA LA APROBACION DE LA PRESTACION SOLICITADA***

El inicio de las prestaciones, sin autorización NO OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR LAS PRESTACIONES. La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, NO DA DERECHO al profesional a continuar con la prestación, ni obliga a la OBRA SOCIAL a cubrir el pago sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

Ante cualquier irregularidad detectada por el sector de auditoría, la obra social podrá interrumpir en cualquier momento del año, la prestación autorizada.

Es obligación de los padres comunicar cualquier modificación en el tratamiento o datos de filiación (ej: cambio de domicilio, cambio de teléfono, cambio de situación laboral, etc)

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Del TITULAR SOLO en caso de que sea monotributista: presentar fotocopia de comprobantes del último pago.

Del BENEFICIARIO

-Fotocopia del certificado de discapacidad (CUD) VIGENTE o constancia de turno para renovación. Si se vence en el transcurso del año, es responsabilidad de los padres presentar el certificado vigente ante la obra social, para que las prestaciones tengan continuidad.

-Planilla de actualización de datos personales

-Constancia de alumno regular original, indicando turno y grado en que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela y número de CUE (debe ser brindado por la escuela)

- Resumen de historia clínica confeccionada por el médico tratante. (Debe contener fecha, firma y sello médico, descripción integral de condiciones de salud y prestaciones que recibe).

- Pedido Médico ORIGINAL firmada por médico tratante, sellada y con número de matrícula (no puede ser realizada por ningún profesional que pertenezca a la institución donde se realiza el tratamiento, tampoco se podrá mencionar y/o sugerir prestadores) Debe contener nombre completo del beneficiario, siglas de O.S y N.º DNI, solicitud de prestación (Comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad) indicando el periodo de cobertura (de que mes a que mes y en qué año ej: de marzo a diciembre 2023) y frecuencia semanal, la fecha de emisión anterior al pedido solicitado y diagnóstico.

INSTITUCIONES:

Debe indicar el tipo de jornada Simple o Doble (Ej. EGB, CET, etc., Ej. Jornada simple de marzo a diciembre 2024). En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, de deberá presentar la Escala FIM, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del Prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.

PRESTACIÓN DE APOYO:

Debe detallar la especialidad, frecuencia semanal (Por ej. psicología 1 vez por semana). La sesión deberá durar como mínimo 40 minutos, según el nomenclador nacional y debe ser Presencial según requiere la SSS.

TRANSPORTE: La aprobación del transporte privado se encuentra ligada a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. El pedido de transporte especial debe estar justificado médicamente describiendo cual es la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público, es decir cuáles son las características que lo limitan a hacerlo, e indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida y destino. (Ej. transporte especial desde su domicilio a terapias).

DEPENDENCIA:

SOLO si el transporte cuenta con una persona CELADORA que figure en la habilitación. En el caso que se solicite dependencia (necesidad de asistir al paciente) se deberán completar TODOS los campos de la escala FIM por el médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran. El FIM no acredita dependencia, ésta será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoria en Discapacidad.

TRANSPORTE:

Requiere indicación médica con resumen de historia clínica y justificación, especificando el motivo de salud por el cual se encuentra imposibilitado de usufructuar del transporte público de pasajeros (ley 24.314 art 22 inc. a).

- Indicar domicilio de origen, domicilio de destino, cantidad de kilómetros recorridos diarios, cantidad de kilómetros recorridos por mes, valor unitario del kilómetro según última resolución, valor total del mes y cantidad de viajes.
- Diagrama de traslados (días y hora)

PRESTADORES: DEBERÁN PRESENTAR

- Presupuesto (debe contener apellido y nombre del afiliado, prestación a realizar (debe coincidir con el pedido medico) cronograma de días y horarios en que se brindara la prestación, frecuencia, periodo de tratamiento, monto según resolución vigente) y domicilio donde se brindara la prestación.
- Datos OBLIGATORIOS del prestador (domicilio, teléfono y e-mail: toda notificación será enviada a la dirección de correo electrónico informada)
- Informe de evaluación inicial: donde consten los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación, se solicitara exclusivamente al comienzo de una nueva prestación.
- Informe Evolutivo de la prestación, en la cual consten: período de abordaje, modalidad, descripción de intervenciones realizadas, núcleo de apoyo y resultados alcanzados.
- Plan de tratamiento de la prestación con objetivos específicos e individualizados a trabajar con el beneficiario para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada, así como también estrategias de intervención. En los casos de Integración Escolar y de Estimulación Temprana deberá ser firmado por todo el Equipo interviniente detallando el rol de cada profesional y carga horaria de atención)
- Título habilitante / Categorización si es centro
- Fotocopia de inscripción al registro nacional de prestadores en la SSS, VIGENTE (del profesional y/o institución: categorización de la misma por SNR)
- Constancia de inscripción AFIP
- Comprobante de CBU del prestador que realice la factura, emitido por el banco
- Informes evolutivos de la prestación brindada, OBLIGATORIOS, correspondientes al primer y segundo semestre (mes 6 y mes 12)
- Seguros
- Habilitación del espacio donde se realizará la prestación (consultorio/centro)

Documentación del Transportista:

- Conformidad transporte (debe completar Ambas) Conformidad de diagramas de traslados:

-Fotocopia del carnet de conducir vigente

-Fotocopia de la Póliza del Seguro Automotor

-Fotocopia de Habilitación Municipal Vigente

-Fotocopia VTV vigente

-Documentación de celadora (en caso de poseer)

-Impresión de Google Maps con recorrido a realizar ingresando aquí:

www.maps.google.com.ar

En caso de requerir dependencia, deberá completar la escala FIM el mismo médico especialista que solicita el transporte (solo para transportes especiales con celadora, NO incluye remis)

Los valores de las prestaciones siempre deben estar sujetos a los aranceles establecidos por la “Superintendencia de Servicios de Salud”.

-Baja o Abandono de Tratamiento Se deberá emitir una nota por mail, firmada por el paciente / familiar/ responsable o tutor, argumentando el fin del tratamiento, con la fecha de la última prestación brindada, firmada por el mismo.

FACTURACIÓN:

Confeccionadas según normas AFIP, descriptas en la resolución 887-E/2017 presentándose del 1 al 10, dándose como plazo máximo 30 días, transcurrido dicho plazo no se recepcionará la factura, deberán cargarla en el sistema de facturas de la página de la O.S. junto con la planilla de asistencia mensual por cada prestación, firmada por el prestador y familiar responsable:

www.ospetax.org.ar --> Registro de prestadores médicos --> Acceder al Registro.

Así mismo, los profesionales tratantes de un mismo afiliado, deberán presentar la factura todos al mismo tiempo, para no demorar en el pago al resto.

-Adjuntar a la Factura, el comprobante de la asistencia del paciente para cualquier prestación (Institución y/o Transporte) con la firma de conformidad del Afiliado Titular o familiar responsable (con firma registrada), siendo esto

imprescindible para su autorización.

En el caso de las prestaciones de apoyo, y transporte, la planilla deberá ser diaria, ya que el padre/madre o familiar responsable debe firmar diariamente los días que concurre o se traslada el afiliado.

Los pagos se realizan vía transferencia bancaria aproximadamente a los 60 días después de la entrega de la factura, razón por la cual los prestadores deberán comunicar su CBU y su mail.

AQUELLOS PRESTADORES/ PROFESIONALES, UNA VEZ QUE RECIBAN EL PAGO, DEBERÁN ENVIAR POR MAIL EL CORRESPONDIENTE RECIBO SIN EXCEPCIÓN A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE MAIL: control_pagos@ospetax.org.ar

Deberán solicitar a cada familia el n° de afiliado de Oseiv y el de Ospetax para dichos presupuestos.

MUCHAS GRACIAS