

MANUAL DE PRESENTACIÓN DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2027

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2027

IMPORTANTE

EL CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUCTIVO ES INDISPENSABLE PARA GESTIONAR LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD EN TODOSLOS CASOS, LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS.

TODO IMCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PRESENTES EN ESTE INSTRUCTIVO (por omisión o irregularidad) DEMORARÁ EL PROCESO DE AUTORIZACIÓN DEJANDO SIN EFECTO FUTUROS RECLAMOS AL RESPECTO. EL PRESTADOR SOLO PODRÁ ENVIAR FACTURACIÓN ADJUNTANDO NOTA DE AUTORIZACIÓN CON EL PERIODO AUTORIZADO.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Es excluyente que la documentación de las prestaciones solicitadas se encuentre **COMPLETA, ESCANEADA, NÍTIDA y LEGIBLE EN FORMATO PDF,** SIENDO CONDICIÓN QUE SE ENVÍE DE A **UN (1) ARCHIVO POR PRESTACIÓN**.

La documentación DEBERÁ SER ENVIADA POR EL BENEFICIARIO DE MANERA VIRTUAL AL SIGUIENTE CORREO ELECTRÓNICO:

legajosdiscapacidad@osepjana.org.ar

PLAZO DE ENTREGA:

HASTA el 31 DE ENERO DE 2027

MEDIOS DE COMUNICACIÓN CON EL ÁREA DE DISCAPACIDAD POR CONSULTAS

Correo Electrónico:

derivacionesespeciales@osepjana.org.ar

ACLARACIONES PRELIMINARES

1. SOLO podrá darse cobertura cuando el profesional o la institución se encuentre inscripta en el ***Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud*** (RNP) y/o ***Servicio Nacional de Rehabilitación*** (SNR) (art. 29 ley 23.661) Y CORRESPONDIENTES MATRICULAS.
2. SERÁN RECONOCIDAS **UNICAMENTE AQUELLAS PRESTACIONES INCLUIDAS EN EL NOMENCLADOR** DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, COMO ASÍ TAMBIÉN RECONOCERÁ PARA LOS PROFESIONALES HASTA LOS VALORES RETRIBUTIVOS AUTORIZADOS POR DICHO NOMENCLADOR.
3. Las prestaciones de apoyo (terapias) solicitadas serán: entre 2 y 4 SESIONES SEMANALES (CANTIDAD TOTAL) según el módulo integral simple, y entre 5 y 8 SESIONES SEMANALES (CANTIDAD TOTAL) según el módulo integral intensivo; de acuerdo a las normativas vigentes. Una vez autorizadas e iniciadas las prestaciones indicadas por el médico tratante, se solicitará por cada prestación brindada, UN INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL.
4. La prescripción u orden médica deberá ser confeccionada por un MÉDICO (pediatra, neurólogo, psiquiatra) **de la cartilla o de un hospital estatal**. Por otra parte, la fecha de emisión la prescripción médica **NO PODRÁ** ser posterior a la fecha de inicio del tratamiento solicitado en la misma.
5. LA EXISTENCIA DE COBERTURA EN AÑOS ANTERIORES AL PERÍODO SOLICITADO, NODA DERECHO AL PROFESIONAL/ INSTITUCIÓN INTERVINIENTE A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA AUTORIZACIÓN PREVIA, NO OBLIGA A OTORGAR LA COBERTURA DEBIDO A QUE EN TODOS LOS CASOS SE REQUIERE EL ANÁLISIS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE AUDITORIA DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD.
6. Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario podrá realizar el seguimiento de la misma mediante visitas, llamados o entrevistas con padres y/o profesionales en nuestra sede o en el lugar de atención.
7. En caso de solicitar Dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, etc. se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por un Lic. en Terapia Ocupacional junto con un informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán

8. En caso de solicitar Dependencia para la prestación de Transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional. LA DEPENDENCIA SE RECONOCERÁ PARA AQUELLOS BENEFICIARIOS MAYORES DE 6 AÑOS (SEIS). TODO BENEFICIARIO MENOR DE EDAD DEBERÁ VIAJAR ACOMPAÑADO DE UN MAYOR RESPONSABLE.
9. La cobertura para traslados, en el caso de corresponder, se brindará desde el domicilio del beneficiario al domicilio donde realiza los tratamientos y/o la institución educativa (ida y vuelta), HASTA 1500 KM SEGÚN NORMATIVA VIGENTE. EN AQUELLOS TRASLADOS A INSTITUCIONES EDUCATIVAS, SÓLO SE RECONOCERÁN LOS VIAJES REALIZADOS EN DÍAS HÁBILES (DE LUNES A VIERNES, NO FERIADOS)

PLANILLA DE CONFORMIDAD PRESTACIÓN

Fecha: ……/……/…….
Apellido y nombre del beneficiario:
Número de Afiliado:

Yo……. con Documento Tipo (……) Nº ……, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia de que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación _____
Prestador _____
Período de la prestación: desde_____hasta_____

2. Prestación _____
Prestador _____
Período de la prestación: desde_____hasta_____

3. Prestación _____
Prestador _____
Período de la prestación: desde_____hasta_____

4. Prestación _____
Prestador _____
Período de la prestación: desde_____hasta_____

Firma: …… Aclaración: ……

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de .....Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: …… Aclaración: ……

Tipo y N° de Documento: …….

PLANILLA DE CONFORMIDAD DE RECEPCIÓN DE NORMAS OPERATIVAS PARA LAS PRESTACIONES DE INTEGRACIÓN

Por medio del presente manifiesto que he recibido un ejemplar de "NORMAS OPERATIVAS PARA LAS PRESTACIONES DE INTEGRACIÓN", con el detalle de la documentación requerida y las indicaciones para su presentación. Tomo conocimiento y me comprometo a presentar toda la documentación en forma completa y dentro de los plazos estipulados en el presente Manual de Presentación de Prestaciones para Personas con Discapacidad.

Firma y sello:

Aclaración:

D.N.I.:

INSTITUCION A LA CUAL PERTENECE (SI CORRESPONDE):

> Enviar esta hoja completa, junto con la documentación solicitada en el presente instructivo antes de inicio de la prestación / servicio

PLANILLA DE ALTA DE PRESTADOR

OSEPJANA
Obra Social de Empleados y Personal Jerárquico de la Actividad del Neumático Argentino

OSEPJANA M. Ocampo 1201/17 - (1686) Hurlingham
4665-7958/1781 5648-6312

Formulario para Alta de Prestador

Información General

Fecha: __/__/____

Razón Social:					
CUIT:	__-_____-_				
Actividad:					
Domicilio Legal:					
Domicilio Comercial:					
Localidad:				Provincia:	
Contacto:		Teléfono:		Email	

Gestión de pago

Contacto:	
Mail:	
Datos Bancarios	
Banco:	
CBU:	
Cuenta:	
Titular cuenta:	

Información Fiscal

Impuesto a las Ganancias (Marque con una X la condición que reviste frente al impuesto)

Condición (1):		Inscripto		Monotributista		Exento	

Impuesto al Valor Agregado-IVA (Marque con una X la condición que reviste frente al impuesto)

Condición (1):		Inscripto		Monotributista		Exento		
Agente de Retención (2):		SI		NO			Desde:	
Exclusión RG 2226 (2)		SI		NO			Desde:	
							Hasta:	

(1) Adjuntar Constancia de Inscripción de AFIP
(2) Adjuntar Nomina de Resolución General RG18 y/o Certificado de RG 2226

Impuesto a los Ingresos Brutos (Marque con una X en caso de corresponder)

Condición (1):		Convenio		Local		Exento	
Nro. de Inscripción							

(1) Adjuntar Constancia de Inscripción a los Ingresos Brutos (Inscripción Local o CM01 si es convenio ML)
(2) Toda exclusión o exención debe ser justificada con copia de Resolución, Normativa, Certificado, Constancia o Formulario respectivo.

Firma	Aclaración	Carácter	DNI
_____	_____	_____	_____

IMPORTANTE:
1- Toda modificación ocurrida con respecto a su situación fiscal deberá ser informada dentro de los 5 días hábiles de producida
2- OSEPJANA es Agente de Retención de IIBB de la Provincia de Buenos Aires y de Ganancias conforme a la Ley
3- OSEPJANA es Agente de Retención de la Caja de Médicos
Este formulario debe ser completado en su totalidad para poder darle curso al alta del Proveedor

GUÍA para la presentación DE LAS PRESTACIONES AMBULATORIAS

PSICOLOGÍA - PSICOPEDAGOGÍA - PSICOMOTRICIDAD - TERAPIA OCUPACIONAL - KINESIOLOGÍA - FONOAUDIOLOGÍA - ESTIMULACION TEMPRANA.

- ☐ Certificado de DISCAPACIDAD VIGENTE.
- ☐ Orden médica que indique especialidad, cantidad de sesiones semanales, y período de prestación (según normativa vigente) y Resumen de Historia Clínica.
- ☐ Plan de tratamiento y/u objetivos de trabajo
- ☐ Presupuesto prestacional con cronograma (basado en los valores retributivos autorizados por el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad)
- ☐ Informe de evaluación inicial o evolutivo de tratamiento, según corresponda
- ☐ Título habilitante
- ☐ Matrícula profesional **NACIONAL** y **PROVINCIAL** vigente
- ☐ Seguro de responsabilidad civil profesional vigente
- ☐ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores vigente
- ☐ Habilitación del lugar de atención
- ☐ Planilla de Conformidad de prestación firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- ☐ CBU
- ☐ Constancia AFIP
- ☐ Constancia de IIBB
- ☐ Planilla de Conformidad de Recepción de Normas operativas
- ☐ Planilla ALTA DE PRESTACION

GUÍA para la presentación de PRESTACIÓN EN INSTITUCIÓN

ESCUELA ESPECIAL – CET – CD – FORMACION LABORAL

☐ Certificado de DISCAPACIDAD VIGENTE.

☐ Orden médica que indique jornada y categoría

☐ Plan de tratamiento y/u objetivos de trabajo

☐ Presupuesto prestacional (basado en los valores retributivos autorizados por el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad) que detalle los siguientes datos: fecha de emisión, beneficiario (Nombres y Apellidos), DNI, N° de Afiliado, fecha de nacimiento, edad. Prestación, razón social del prestador, CUIT, domicilio donde se realiza la prestación, correo electrónico y teléfono de contacto, período prestacional (desde – hasta), modalidad prestacional a brindar, tipo de jornada a realizar, categoría, almuerzo (Sí – No - monto mensual) En caso de corresponder: Dependencia (Sí – No), matrícula, cronograma de asistencia (día y horario). Firma y sello del Prestador

☐ Informe de evaluación inicial o evolutivo de tratamiento, según corresponda

☐ Constancia de Inclusión en la Agencia Nacional de Discapacidad

☐ Habilitación

☐ Seguro de responsabilidad civil vigente

☐ Constancia de escolar: certificado de alumno regular o constancia de concurrencia

☐ Planilla de Conformidad de prestación firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

☐ CBU

☐ Constancia AFIP

☐ Constancia de IIBB

☐ Planilla ALTA DE PRESTACION

☐ Planilla de Conformidad de Recepción de Normas operativas

GUÍA para la presentación de MÓDULO DE APOYO

A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

- ☐ Certificado de DISCAPACIDAD VIGENTE.
- ☐ Orden médica que indique período de prestación (según normativa vigente).
- ☐ Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional o equipo tratante.
- ☐ Presupuesto prestacional (basado en los valores retributivos autorizados por el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad), el cual debe contener: fecha de emisión, beneficiario (Nombres y Apellidos), DNI, N° Afiliado, fecha de nacimiento, edad. Prestación, razón social del prestador, CUIT, domicilio donde se realiza la prestación, correo electrónico y teléfono de contacto, período prestacional (desde – hasta), cronograma de asistencia (día y horario). Firma y sello del Prestador.
- ☐ Informe de evaluación inicial o evolutivo de tratamiento, según corresponda.
- ☐ Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
- ☐ Constancia de Inclusión en la Agencia Nacional de Discapacidad.
- ☐ Habilitación en Ministerio de Salud.
- ☐ Seguro de responsabilidad civil vigente.
- ☐ Planilla de Conformidad de prestación firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- ☐ CBU
- ☐ Constancia AFIP
- ☐ Constancia de IIBB
- ☐ Planilla ALTA DE PRESTACIÓN
- ☐ Planilla de Conformidad de Recepción de Normas operativas

GUÍA para la presentación de MÓDULO DE MAESTRA DE APOYO

☐ Certificado de DISCAPACIDAD VIGENTE.

☐ Orden médica que indique período de prestación (según normativa vigente)

☐ Plan de tratamiento y/u objetivos de trabajo

☐ Presupuesto prestacional (basado en los valores retributivos autorizados por el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad), el cual debe contener: fecha de emisión, beneficiario (Nombres y Apellidos), DNI, N° Afiliado, fecha de nacimiento, edad. Prestación, razón social del prestador, CUIT, domicilio donde se realiza la prestación, correo electrónico y teléfono de contacto, período prestacional (desde – hasta), cronograma de asistencia (día y horario). Firma y sello del Prestador.

☐ DOCUMENTACIÓN DEL PROFESIONAL QUE BRINDARA LA PRESTACIÓN: DNI, Titulo, Matrícula y RNP en el caso de tener, seguro de responsabilidad civil profesional y seguro de accidentes personales.

☐ DOCUMENTACION DEL PROFESIONAL QUE BRINDARA LA SUPERVISIÓN: DNI, Titulo, Matrícula, RNP, seguro de responsabilidad civil profesional, nota de supervisión firmada y sellada.

☐ Planilla de Conformidad de prestación firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

☐ CBU

☐ Constancia AFIP

☐ Constancia de IIBB

☐ Planilla de Conformidad de Recepción de Normas operativas

☐ Planilla ALTA DE PRESTACION