



OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAGES, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS.

R N O S 1-07200-6

Hipólito Yrigoyen 2727-CABA -4866-1225 INTERNO 234/212/22.

discapacidadarchivos@gmail.com

INFORMACION IMPORTANTE

- **FACTURACION:** discaospesgype@soesgype.org.ar dirigido a ANA TRIMARCO.

INSTRUCTIVO PARA PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD INTEGRACION 2022/2023.

Resolución de la superintendencia de servicios de salud (SSSalud) nº 887/17.

- Para solicitar la cobertura de Prestaciones incluidas en el sistema de prestaciones básicas a favor de las personas con discapacidad, deberá **cumplimentar la documentación, que detallamos a continuación, en un plazo de 40 a 60 días previos al inicio del o los tratamientos. No se reconocerá la cobertura de los tratamientos en forma retroactiva, es decir, si comienzan SIN AUTORIZACION DE LA OBRA SOCIAL (OSPESGYPE).**
- La recepción de la documentación **NO IMPLICA QUE ESTE AUTORIZADO** a comenzar con el tratamiento. La misma se encuentra bajo evaluación del equipo interdisciplinario de auditoría en discapacidad de la Obra Social.
- Toda la documentación requerida por el sector de discapacidad para solicitar la cobertura de las prestaciones, está sujeta a modificaciones según disposiciones emanadas de normativas vigentes. En caso de modificaciones serán informados vía mail y a través de la página la obra social.
- **NO** se recepcionara documentación incompleta, en caso contrario, se reclamará lo faltante cuando corresponda.
- Auditoria de discapacidad, podrá solicitar documentación /información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, si lo considera necesario para determinar cobertura.
- Las solicitudes de cobertura caducan el 31 de diciembre del año solicitado. Por lo tanto, debe solicitarse le instructivo vigente para la renovación del año siguiente. Las **PRESTACIONES NO SON DE RENOVACION AUTOMATICA**, el que haya tenido una prestación años anteriores **NO HABILITA AL PRESATDOR A CONTINUAR EL TRATAMIENTO SIN LA AUTORIZACION DE LA OBRA SOCIAL.**

DOCUMENTACION DEL AFILIADO.

1. Copia del certificado de discapacidad vigente. El vencimiento del CUD es responsabilidad exclusiva del afiliado. Deberán gestionar la renovación con tiempo para que no afecte la cobertura de prestaciones, ya que las mismas caducan con el vencimiento del CUD.
2. Conformidad de prestación (se adjunta planilla, debe completarse a mano).
3. Fotocopia del DNI, del titular y beneficiario.
4. Fotocopia del carnet de obra social del titular y beneficiario.
5. Ultimo recibo de sueldo del titular, comprobante de monotributo, o fondo de desempleo.
6. Constancia de CUE (código único de establecimientos) junto con las CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR, en caso que concurra a la escuela.

DOCUMENTACION MEDICA.

1. Resumen de historia clínica, confeccionada por el médico pediatra, neurólogo o clínico. Completo con fecha anterior al comienzo del tratamiento, con firma y sello del profesional. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del mismo profesional.
2. Orden medica hecha por el neurólogo, pediatra o medico clínico que contenga los siguientes datos: Apellido y nombre del beneficiario- edad- DNI- N.º de afiliado- sexo- categoría- diagnostico- solicitud de cobertura de prestación ej. (enero a diciembre 2022)
 - En caso de REHABILITACION: indicar cantidad de sesiones semanales, periodo a cubrir.
 - En caso de CET, ESCUELA, CENTRO DE DIA, HOSPITAL DE DIA: indicar tipo de jornada y en caso que corresponda dependencia, periodo a cubrir.
 - En caso de Integración escolar: si la cobertura la da un CENTRO debe ser APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR, si la cobertura la da una Lic. En Psicopedagogía debe ser MAESTRO DE APOYO, periodo a cubrir.
 - En caso de TRANSPORTE: indicar a donde se solicita el traslado y si necesita dependencia, periodo a cubrir.
3. **SOLICITUD DE TRANSPORTE**: completar, justificar, firmar y sellar por el médico. Debe expresar explícitamente porque se ve imposibilitada la persona por diversas circunstancias de usar el transporte gratuito, en transportes públicos de acuerdo con lo previsto en la LEY 24314 Art. 22 inc. a. (se adjunta planilla).
4. **DEPENDENCIA**: En caso que corresponda, deberá ser justificada mediante el puntaje de ESCALA FIM (necesidad de asistencia de un tercero en casos específicos, transporte, CET). La presentación de la mismas NO acredita dependencia, esta será evaluada por auditoría de discapacidad de la obra social.
ES A PARTIR DE LOS 6 AÑOS.

IMPORTANTE

- ✓ El médico que confeccione las ordenes médicas y resumen de historia clínica, NO puede ser de la institución o establecimiento al que concurra el afiliado.
- ✓ La fecha debe ser siempre con anterioridad al comienzo del tratamiento.
- ✓ Debe existir total concordancia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador/institución/transporte presupuesta.

CAMBIO DE PRESTADOR.

En los casos que se solicite el cambio de un prestador que realiza un tratamiento ya autorizado se deberá presentar:

- **NOTA DEL BENEFICIAIRO/TITULAR:** Solicitando dicho cambio, indicando la fecha de inicio del nuevo prestador, motivo por el cual se deja de brindar la prestación, fecha de baja del prestador anterior, firma aclaración, DNI, N.º de afiliado del titular.
- **PRESTADOR:** deberán presentar la documentación correspondiente a la prestación solicitada, en su totalidad.

SE AUTORIZARÁN HASTA 2 CAMBIOS DE PRESTACION POR AÑO, siempre que se justifique debidamente.

AMPLIACION MODIFICACION DE TRATAMIENTO.

En los casos que se solicite la modificación de un tratamiento ya autorizado el año anterior o en el año en curso, se deberá presentar:

- **NOTA DEL BENEFICIAIRO/TITULAR:** solicitando el cambio que incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado y motivo.
- **NUEVO PEDIDO MEDICO:** en los casos que se indique ampliación de dicho tratamiento, con la debida justificación de modificación del tratamiento.
- **NUEVO RESUMEN DE HISOTRIA CLINICA CON JUSTIICACION MEDICA.**
- Todo pedido de ampliación/modificación de tratamiento, cambio de prestador, quedara sujeto a evaluación del equipo interdisciplinario den discapacidad de la Obra Social.
- En caso de incorporarse una nueva prestación la misma debe gestionarse 30 días antes.

SUSPENSION/INTERRUPCION/NO UTILIZACION DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS DEL TRATAMEINTO.

- **NOTA DEL BENEFICIAIRO/TITULAR:** especificando la fecha de finalización de la prestación y motivos por lo cual es la misma fue interrumpida o especificando los motivos de la no concurrencia. La misma debe incluir firma, aclaración y nuero de carnet del beneficiario titular.

ALCARACIONES IMPORTANTES:

- Para solicitar la cobertura en la obra social, debe presentarse la documentación por completo en forma CONJUNTA, es decir documentación del prestador y del beneficiario.
- No se recibirán documentaciones parciales que no cumplan con los requisitos solicitados
- **La documentación debe presentarse por mail.**
- Toda documentación que deba ser completada por médico o tutor debe estar con la misma tinta y letra, sin tachaduras ni enmiendas.
- **En NINGUN caso la RECEPCION DE LA DOCUMENTACION SIGNIFICA LA AUTORIZACION DE LA COBERTURA SOLICITADA.**
- Se autorizará la prestación desde la **FECHA EN QUE SE PRESENTO LA DOCUMENTACION, NO ANTES, POR ESO DEBE PRESENTARSE EN TIMEPO Y FORMA.**
- **NO** se reconocerá la prestación desde inicio del año cuando el expediente haya sido presentado fuera de tiempo.

➤ **SOLO SE DARA COBERTURA A LOS PRESTADORES QUE SE ENCUENTREN INSCRIPTOS EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESATDORES DE LA SUPERINTENDENCIA DESERVICIOS DE SALUD O ESTEN INSCRIPTOS EN EL SERVICION NACIONAL DE REHABILITACION**

- El inicio de prestaciones **SIN AUTORIZACION PREVIA DE LA OBRA SOCIAL,** resulta responsabilidad del prestador.
- Debe existir total compatibilidad entre lo solicitado por el médico y los presupuestos presentados con el tipo de tratamiento y sesiones.
- La cobertura de prestaciones años anteriores **NO DA DERECHO AL PRESTADOR A DAR LA CONTINUIDAD DEL TRATAMEINTO SIN HABER PRESENTADO LA DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE Y AUTORIZACION PREVIA POR LA OBRA SOCIAL.**
- Una vez entregada la documentación se entregará un comprobante de la misma, la obra social conservará una copia con firma aclaración, DNI del tutor y fecha de entrega.

