



INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD PARA EL AÑO 2021

- La presentación del trámite culmina cada 31 de diciembre del año en curso, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para la renovación del año entrante.
- Es requisito para la tramitación y curso de los servicios, la presentación en forma completa y correcta de la documentación requerida conforme al presente instructivo.
- En algunos casos, si fuera necesario, el área de Discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.
- La exigencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado no da derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la presentación sin la previa autorización por parte del área de discapacidad ni obliga a la obra social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- Las Auditorias (Medica y Administrativa) son necesarias para salvaguardar la calidad, legalidad y correspondencia de los servicios.
- No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello.
- **En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del Área de Discapacidad.**
- Para iniciar cualquier tratamiento, el prestador deberá aguardar la **autorización** del presupuesto emitido y sellado por OSPIV. Solicitar el presupuesto sellado por el área correspondiente antes del comienzo del tratamiento. Los servicios que se comiencen sin la debida autorización no serán reconocidos por la obra social.

DOCUMENTACIÓN PERSONAL (para todos los casos)

- 1.** Fotocopia Certificado de discapacidad vigente, debe ser legible en tu totalidad. (Recomendamos solicitar turnos con 6 meses de anticipación del vencimiento del mismo, según sea el caso, con los médicos tratantes)
- 2.** Certificado de alumno regular de escuela. (Para escuelas comunes pedir que se agregue el número de CUE, código único escolar)
- 3.** Resumen de Historia Clínica
- 4.** Constancia de padrón de beneficiarios de la Superintendencia de Servicios de Salud, en donde figure OSPIV como única obra social. El mismo se podrá extraer de la pág. de la Superintendencia de Servicios de Salud ingresando al siguiente link:
https://www.sssalud.gob.ar/index.php?b_publica=Acceso+P%C3%Bablico&user=GRAL&page=bus650



PARA EL MÉDICO

1. Resumen completo de Historia Clínica.

2. Prescripción médica **original**

Se debe confeccionar una orden por cada prestación.

Cada orden debe contener:

A- NOMBRE Y APELLIDO

B- DNI CORRECTO

C- DIAGNÓSTICO: El mismo debe coincidir con el que figura en el Certificado Único de Discapacidad.

D- PRESTACION SOLICITADA: Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo a los siguientes lineamientos:

PRESTACIONES AMBULATORIAS: Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando la especialidad y frecuencia semanal.

PRESTACIONES INSTITUCIONALES: En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario **detallar el tipo de jornada (simple o doble)**.

PRESTACIONES EDUCATIVAS: Educación Especial indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral y detallar el tipo de jornada (simple o doble). Centro Educativo Terapéutico: Detallar el tipo de Jornada (simple o doble)

DEPENDENCIA: En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros, aclarando domicilio de partida y de destino. **Incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional completada por el profesional interviniente** (terapia ocupacional, neurólogo o fisiatra preferentemente)- **Escala: FIM.** (Art. 13 Ley 24.901) (Adjunto Modelo)

E- PERIODO DE LA PRESTACION: Debe indicar el período en el cual se brindará la prestación (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2020 o Enero a Diciembre 2020).

F- FIRMA Y SELLO: Del médico tratante (verificar que sean legibles los números de matrícula correspondiente).

G- FECHA: La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación

(Ejemplo: si la prestación comienza el 01/01/21, la fecha debe ser 29/12/20 o anterior).



PARA EL PRESTADOR DE SERVICIO DE DISCAPACIDAD

- 1.** Presupuesto firmado en original, acorde al pedido médico y mencionando el periodo de la prestación.
- 2.** Plan de tratamiento firmado.
- 3.** Registro Nacional de Prestador (RNP verificar fecha de vencimiento, se aprobará la prestación hasta vencimiento de la misma)
- 4.** Constancia de Inscripción en AFIP.
- 5.** Título habilitante (en caso de ser profesionales y no una institución).
- 6.** Consentimiento Informado firmado y sellado por el prestador y por madre/padre o tutor (Modelo Adjunto)
- 7.** Nota informando CBU relacionado al Cuit del prestador.
- 8.** Seguro de mala praxis.
- 9.** Informe semestral del profesional responsable del tratamiento donde detalle la prestación realizada, objetivos de tratamiento, días y carga horaria, así como evolución y resumen del avance

Módulo de Estimulación Temprana

Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años.

Documentación requerida:

- A. Presupuesto
- B. Planilla de consentimiento
- C. Informe del estado actual y plan de Tratamiento
- D. Copia completa de la Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación, conforme al Anexo VI de la Resolución Nº 789/09 – M. Salud
- E. Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- F. Corroborar
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- G. Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)
- H. Completar anexo de integración correspondiente (se adjunta)



Apellido y nombre:

DNI:

Diagnóstico:

Indicación médica:

Solicito **Módulo Estimulación Temprana** en:

(ejemplo)

Fonoaudiología 2 sesiones semanales y

Kinesiología 1 sesión semanal

Periodo: febrero a diciembre 2021

(Firma y sello

Fecha: 02/01/2021 médico tratante)

Prestaciones Educativas:

Educación Especial indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral y detallar el tipo de jornada (simple o doble). Centro Educativo Terapéutico: Detallar el tipo de Jornada (simple o doble)

Educación Inicial

Proceso educativo que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad, aproximadamente.

Documentación requerida:

- A. Presupuesto
- B. Planilla de consentimiento
- C. Informe final, informe del estado actual y plan de tratamiento
- D. Informe Social
- E. Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- F. Corroborar
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- G. Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)
- H. Completar anexo de integración correspondiente (se adjunta)



Educación General Básica

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 18 años de edad, aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Documentación requerida:

- A. Presupuesto
- B. Planilla de consentimiento
- C. Informe final, informe del estado actual y plan de tratamiento
- D. Informe Social
- E. Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- F. Corroborar
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- G. Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)
- H. Completar anexo de integración correspondiente (se adjunta)

Formación Laboral

Proceso de capacitación que implica formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. **Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración. En las situaciones que requieran continuar con la prestación habiendo transcurrido los 4 años previstos o habiendo cumplido el afiliado más de 24 años, la institución educativa deberá enviar informe detallando los motivos por los cuales se sugiere continuar con dicha modalidad, en beneficio de la persona con discapacidad.**

Documentación requerida:

- A. Presupuesto
- B. Planilla de consentimiento
- C. Informe final, informe del estado actual y plan de tratamiento
- D. Informe Social
- E. Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- F. Corroborar
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- G. Certificado de pasantías realizadas el año anterior
- H. Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)
- I. Completar anexo de integración correspondiente (se adjunta)



Modelo de orden médica para escuela especial

Apellido y nombre:
DNI:
Diagnóstico:
Indicación médica:
Solicito Escuela Especial primario
Jornada simple
Periodo: febrero a diciembre 2021

(Firma y sello médico tratante)

Fecha: 02/01/202

En caso de solicitar **Apoyo a la Integración Escolar o Modulo Maestra de Apoyo**

- a) **Apoyo Integración Escolar (equipo)** (mensual) lo debe brindar sólo un equipo técnico interdisciplinario conformado por profesionales y docentes especializados, para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado **por una institución o equipo categorizado a tal fin. Implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.**

Documentación requerida:

- A. Presupuesto
- B. Planilla de consentimiento
- C. Informe final, informe del estado actual y plan de tratamiento
- D. Informe Social
- E. Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- F. Corroborar <https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- G. Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)
- H. Acta de Acuerdo Escolar (Adjunto Modelo)
- I. Completar anexo de integración correspondiente (se adjunta) **Modelo de orden medica Apoyo a la integración escolar**
- J.

OSPIV

Apellido y nombre:
DNI:
Diagnóstico:
Indicación médica:
Solicito: **Módulo Apoyo a la Integración escolar**
Periodo: Marzo a Diciembre 2021
(Firma y sello médico tratante)
Fecha: 02/01/2021



- b) **Modulo Maestro de apoyo (mensual):** brindado por un sólo profesional: EXCLUSIVAMENTE por Psicopedagogos y/o Docentes Especiales, con Títulos habilitantes y o RNP. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente). **El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará como valor hora**

Documentación requerida:

- A. Presupuesto
- B. Planilla de consentimiento
- C. Informe final, informe del estado actual y plan de tratamiento
- D. Informe Social
- E. Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- F. Corroborar
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- G. Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)
- H. Acta de Acuerdo Escolar (Adjunto Modelo)
- I. Completar anexo de integración correspondiente (se adjunta)

Modelo de orden médica maestra de apoyo

OSPIV
Apellido y nombre: DNI:
Diagnóstico:
Indicación médica: Solicito: Módulo Maestro de Apoyo
Periodo: marzo a diciembre 2021 (Firma y sello médico tratante)
Fecha: 02/01/2021



Se verificará por equipo interdisciplinario según sea el caso la figura de apoyo escolar

TRANSPORTISTA

1. Habilidad municipal y/o provincial vigente para el periodo solicitado, seguro (correspondiente a la actividad – Remis o Transporte de Pasajeros), licencia de conducir, VTV, hoja de ruta impresa de acuerdo con “Google Maps” en la siguiente página: www.maps.google.com.ar. (Sujeto a auditoria)
2. Constancia de Inscripción AFIP.
3. Presupuesto original firmado y sellado (KILOMETRAJE EXPRESADOS EN NUMEROS ENTEROS, SIN DECIMALES)
4. Nota informando CBU relacionado al Cuit del prestador.
5. Consentimiento Informado firmado y sellado por el transportista y por madre/padre o tutor (Modelo Adjunto)

Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a Escuela común o prestaciones, aclarar en la orden médica si es para **escolaridad o rehabilitación. Además, deberá adjuntar constancia de alumno regular o de asistencia emitida por la institución a los fines de acreditar dicha concurrencia.**

En los casos que la persona con discapacidad deba realizar mas de 1500 km. mensuales para realizar sus tratamientos, se deberá redireccionar a centros de atención o establecimientos más cercanos a su domicilio.

Modelo de orden medica traslado

OSPIV
Apellido y nombre: DNI: Diagnóstico: Indicación médica: Dada la patología de base (motora), solicito Traslado de domicilio (Se puede poner o no las direcciones, no hay diferencia) a institución educativa, ida y vuelta Periodo: Enero a Diciembre 2021 (Firma y sello medico Fecha: 02/01/2021 médico tratante)



Prestaciones de Apoyo:

Las prestaciones de apoyo comprenden las siguientes terapias: Kinesiología - Terapia Ocupacional – Psicología – Fonoaudiología – Psicopedagogía – Psicomotricidad – Estimulación cognitiva – Estimulación intelectual – Estimulación visual – Estimulación auditiva – Estimulación del lenguaje. **En caso de tratarse de una única prestación de apoyo** (Ejemplo fonoaudiología) **siempre y cuando, el afiliado concurra a institución educativa, presentar constancia de alumno regular. Si se presentase una constancia de reserva de vacante o matriculación, una vez comenzado el ciclo lectivo presentar constancia de alumno regular.**

Documentación requerida:

- A. Presupuesto
- B. Planilla de consentimiento
- C. Informe final, informe del estado actual y plan de tratamiento
- D. Informe Social
- E. Copia de título que incluya número de Resolución Ministerial
- F. Copia de matrícula profesional
- G. Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente
- H. Corroborar <https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- I. Constancia de alumno regular, aclarando número de Clave Única de Establecimiento (CUE)
- J. Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- K. Presentar cronograma en casos de ser Módulos Integral Simple o Intensivo. L. Completar anexo de integración correspondiente (se adjunta)

Modelo de orden médica para prestaciones de apoyo

OSPIV
Apellido y nombre: DNI: Diagnóstico: Indicación médica: Solicito Psicopedagogía 2 sesiones semanales Periodo: febrero a diciembre 2021 (Firma y sello Fecha: 02/01/2021 médico tratante)



Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio

REPÚBLICA ARGENTINA
R.N.O.S. Nº 1-2250-0

Toda la documentación requerida por el sector de Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Ante cualquier duda puede comunicarse con el sector de discapacidad al

Tel. 49244626/4117/3806/4627 int. 121 de lunes a viernes de 9 a 17 hs.

Teléfono celular del área 011-60943083 (exclusivamente para afiliados, solo consultas y asesoramiento en prestaciones de rehabilitación por discapacidad)

Cede Central Balbastro 453, CABA, Código Postal 1424

Ing. Diego H Graziottin



FECHA: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Paciente: _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de salud: _____

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc.: _____

Evolución del último año de tratamiento: _____

Estado Actual: _____

Medicación: _____

Plan terapéutico: _____

Firma y Sello Del profesional tratante

Firma y Sello del médico auditor



NOTA DE CONFORMIDAD

___ / ___ / ___

Por la presente doy consentimiento al plan de tratamiento que se brinda a mi..... bajo la modalidad.....

(Nombre y apellido del afiliado para el que se solicita la prestación) (Kinesiología, psicología, transporte, CET, Etc)

Asimismo, acepto la gestión a realizar por la obra social ante la Superintendencia de Servicios de Salud según Resolución 1511/2012 SSSalud, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese trámite.

Firma del afiliado titular.....

Aclaración:

DNI:

Nº de afiliado:

CUIL:

Teléfono:

Dirección de correo electrónico.....

Firma del Prestador:

Aclaración:

DNI:



MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL "FIM"

Paciente:

DNI:

Fecha:

Tabla de puntuación de Niveles de
Independencia Funcional

7. Independencia completa (en tiempo y seguridad)	SIN AYUDA
6. Independencia con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
5. INDEPENDENCIA PARCIAL	
Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	
4. Con asistencia mínima (realiza 75% o más de la tarea)	CON AYUDA
3. Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea)	
2. DEPENDENCIA COMPLETA	
Con asistencia máxima (realiza del 25% al 49% de la tarea)	
1. Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	

CUIDADO PERSONAL	PUNTAJE
1. Comida	
2. Aseo	
3. Bañarse	
4. Vestirse parte superior	
5. Vestirse para inferior	
6. Ir al baño	
CONTROL ESFINTERIANO	PUNTAJE
7. Vejiga	
8. Intestino	
MOVILIDAD	PUNTAJE
TRANSFERENCIA	
9. Cama, silla, silla de ruedas	
10. Toilet	
11. Ducha	
LOCOMOCIÓN	
12. Camina/silla de ruedas	
13. Escaleras	
COMUNICACIÓN	PUNTAJE
14. Comprensión (audio-visual)	
15. Expresión (verbal- no verbal)	
CONEXIÓN SOCIAL	PUNTAJE
16. Interacción social	
17. Resolución de problemas	
18. Memoria	
TOTAL FIM	/126



DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES ESCALA FIM

Paciente:

DNI:

Fecha:

CUIDADO PERSONAL:

CONTROL ESFINTERIANO:

MOVILIDAD:

COMUNICACIÓN:

CONEXIÓN SOCIAL:

Firma y Sello del Profesional

DATOS PARA LA FACTURACION

- La factura por los servicios prestados deberá presentarse en nuestras oficinas de la calle Balastro 453 de la Ciudad de Buenos Aires del 1 al 10 de cada mes en el horario de 9 a 12 y 14 A 16 HS. La factura deberá cumplimentar todos los requisitos exigidos por la AFIP. Los prestadores deberán presentar, por única vez a principio de la prestación, constancia de CBU.
- **IMPORTANTE DADA LA SITUACION DE PANDEMIA LAS FACTURAS SERAN RECIBIDAS A TRAVES DEL MAIL DE MESA DE ENTRADAS EXCLUSIVAMENTE recepcion@ospividrio.com.ar DEL 1 AL 10 DE CADA MES ACOMPAÑADO DE DECLARACION JURADA.**
Cuando se entreguen facturas fuera de término será liquidada para el próximo mes. La fecha de factura debe ser a mes vencido incluir; nombre, apellido, DNI del afiliado que recibe la prestación. Aclarar la prestación brindada, según nomenclador de discapacidad. **No utilizar abreviaturas. Corroborar que la información de estos datos sea la correcta.**
- **No se recibirá documentación que presente:** tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello, mediante la leyenda "Digo...". Salvar en el frente de la factura. Si al salvar se realiza con otra tinta, añadir además "vale cambio de tinta". **Tampoco se recibirán facturas que no esté adjunto el presupuesto en copia (todos los meses), SIN EXCEPCIÓN.**
- Las facturas de sesiones y transporte deben ser adjuntadas sin excepción con la planilla de asistencia y deben estar correctamente relacionadas con la cantidad de días asistidos, así como las firmas de los padres **de lo contrario será motivo de rechazo.**
- Confeccionar los recibos detallando **factura, periodo e importe que cancela**. En caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual, estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- **IMPORTANTE PRESTADORES DE DISCAPACIDAD:** Según resolución 276/2018 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en función del sistema de subsidios por discapacidad denominado "Integración" y adoptado por esta obra social. Solo se podrá presentar facturación de período de cobertura de hasta 2 meses anteriores, a partir del período prestacional de mes en curso. **Se recuerda que todos los prestadores que emitan factura" C "deberán confeccionar sin excepción recibos cancelatorios según los requerimientos de la SSSalud (no es suficiente el comprobante de transferencia bancaria). Este último requisito es condición excluyente para trabajar con esta entidad.**

• Todo tipo de información en cuanto a consultas de Tesorería, enviar a los siguientes emails tesoreria@ospividrio.com.ar



Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio

REPÚBLICA ARGENTINA
R.N.O.B. Nº 1-2250-0

CUIT 30-50314351-4

BALBASTRO 453-455 CP 1424 - CIUDAD DE BUENOS AIRES - RNOS 122500

FACTURA B o C

IVA exento

GANANCIAS exento

IIBB exento

OSPIV - Balbastro 453/455 - CABA (1424) Tel. (011) 4923-3114/1138/2863

16