



INSTRUCTIVO PRESTACIONAL **DISCAPACIDAD**

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD
CERVECERA Y AFINES
RNOS. 104 306

AÑO
2024

ACTUALIZACION.
09/2023

INDICE

Pagina 03 Introducción
Pagina 04 Prestaciones básicas
Pagina 05 Contacto y presentación de documentación
Pagina 06 Orden de presentación de documentación
Pagina 07 Aclaraciones
Pagina 08 Prescripción medica
Pagina 09 Documentacion a presentar
Pagina 10 Prestaciones brindadas por Instituciones
Pagina 11 prestación de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales
Pagina 12 Apoyo a la Integración Escolar
Pagina 13 Maestro de Apoyo
Pagina 14 Transporte
Pagina 16 Requisitos imprescindibles para la autorización de las prestaciones

Pagina 17 Formularios

Pagina 18 Hoja de verificación de documentos
Pagina 19 Resumen de Historia Clínica
Pagina 21 Formulario de datos personales
Pagina 22 Planilla de Asistencia
Pagina 23 Planilla de asistencia instituciones / apoyo a la integración escolar
Pagina 24 Informe Inicial
Pagina 26 Informe evolutivo / semestral
Pagina 29 Cronograma de actividades
Pagina 30 Formulario de libre deuda
Pagina 31 Nota de solicitud de cambio de prestador
Pagina 32 Escala FIM
Pagina 39 Anexo III

Pagina 43 Instructivo de Facturación

Pagina 44 Instrucciones de facturación
Pagina 46 Detalles de facturación
Pagina 47 Errores frecuentes
Pagina 48 Confección de factura

INTRODUCCIÓN

Estimado, el presente instructivo, tiene por finalidad ofrecer una guía para facilitar y agilizar la gestión de autorización de cobertura de prestaciones básicas para personas con discapacidad. Las que deben estar comprendidas en el nomenclador nacional; de acuerdo a la normativa vigente, dispuesta por un organismo competente.

En algunos casos, si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos médicos establecidos por la normativa vigente. Siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

No se recibirá documentación que presente tachadura y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nuevo sello y firma.

Una vez, realizada la presentación completa de las prestaciones conforme al presente instructivo; se procederá a la notificación sobre el Estado de las Autorizaciones informándose lo autorizado, periodo, y prestador. También, se informarán por el mismo medio- si se registrase documentación faltante o que requiere de rectificación.

Conforme a lo establecido en la Ley 24.901- art. 11; O.S.P.A.C.A., cuenta con un Equipo Interdisciplinario en Discapacidad, cuya función es la de Evaluar, Orientar y hacer Seguimiento de las prestaciones que se cubran por Discapacidad.

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, la misma tiene un tiempo de gestión y de evaluación para otorgar la Autorización. Asimismo, se notifica que no se liquidarán facturas cuya prestación no haya sido autorizada previamente, por lo cual, queda bajo la responsabilidad de los beneficiarios, profesionales y/o instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma.

Prestaciones básicas de Discapacidad

PRESTACIONES BÁSICAS LEY N° 24901

- Estimulación Temprana
- Prestación de Apoyo
- Módulo Maestro de Apoyo
- Maestro de Apoyo
- Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (SAIE)
- Rehabilitación - Módulo Integral Intensivo
- Rehabilitación - Módulo Integral Simple
- Rehabilitación Hosp. De Día - Jornada Simple
- Rehabilitación - Hosp. De Día - Jornada Doble
- Rehabilitación - Internación
- Transporte - (Km)
- Centro de Día - Jornada Doble
- Centro de Día - Jornada Simple
- Centro Educativo Terapeutico - Jornada Doble
- Centro Educativo Terapeutico - Jornada Simple
- Formación Laboral -Jornada Doble
- Formación Laboral - Jornada Simple
- Aprestamiento Laboral - Jornada Doble
- Aprestamiento Laboral - Jornada Simple
- Escolaridad Pre Primaria - Jornada Doble
- Escolaridad Pre Primaria - Jornada Simple
- Escolaridad Primaria - Jornada Doble
- Escolaridad Primaria - Jornada Simple
- Hogar Permanente
- Hogar Lunes a Viernes
- Hogar con CD Lunes a Viernes
- Hogar con CET Lunes a Viernes
- Hogar Lunes a Viernes con Formación Laboral
- Hogar Lunes a Viernes con Pre Primaria
- Hogar Lunes a Viernes con Primaria
- Hogar con CD Permanente
- Hogar con CET Permanente
- Hogar Permanente con Formación Labora
- Hogar Permanente con Pre Primaria
- Hogar Permanente con Primaria
- Pequeño Hogar Lunes a Viernes
- Pequeño Hogar Permanente
- Residencia Lunes a Viernes
- Residencia Permanente

Contacto y presentación de Documentación

SE RECUERDA QUE EL **INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN**, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA AL ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN QUE REALICE EL SECTOR DE AUDITORÍA EN DISCAPACIDAD. EL CUÁL SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS 30 DÍAS HÁBILES. POR TAL MOTIVO, NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

CONTACTO

- Discapacidad@oscervecera.org.ar /Pamela o Claudia
- 4862-2666 / 4581
- Whatsapp: 11 5952 7978

PRESENTACION DE DOCUMENTACION

- La documentación se recibirá en físico en la Sede Central **Humahuaca 4072, CABA - Almagro CP1192 de Lunes a Viernes de 10 a 16hrs**



Orden de Presentación de Documentación

BENEFICIARIO obligatorio*

- CUD VIGENTE
- DNI
- FORMULARIO DE DATOS PERSONALES
- CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR (SI CORRESPONDE) CON NUMERO DE CUE DE LA INSTITUCIÓN

MEDICO obligatorio*

- RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
- PRESCRIPCIONES MEDICAS (UNA POR CADA TERAPIA)
- ESCALA F.I.M (SI CORRESPONDE)

PRESTADOR obligatorio*

- ANEXO III
- INFORME INICIAL O EVOLUTIVO (SEGUN LO QUE CORRESPONDA)
- PLAN DE TRATAMIENTO
- DNI
- COPIA DEL RNP
- CATEGORIZACION O INSCRIPCION (EN CASO DE SER CENTRO O INSTITUCION)
- CONSTANCIA DE CUIT
- CONSTANCIA DE CBU DE BANCO
- TITULO PROFESIONAL FRENTE Y DORSO

Se debe presentar en una carpeta o sobre, con el nombre y DNI del beneficiario todo junto y en orden, el mismo será recepcionado en la sede central .

ACLARACIONES

- Toda documentación médica debe estar firmada y sellada por el médico tratante
- Toda documentación del prestador debe estar firmada y sellada por el profesional
- El anexo y el consentimiento debe contar con la firma del beneficiario o del adulto responsable
- El CUD que se presente debe ser una copia vigente
- La autorización se debe solicitar por mail pasado los 30 días de la entrega.
- Los prestadores no pueden empezar los tratamientos sin la autorización, de lo contrario no se reconocerá la facturación.
- El adulto responsable o padre del beneficiario con CUD debe quedarse con una copia del expediente en caso de extravío
- No se recibirán documentos con firmas digitales o fotografías

• Prescripción Médica

IMPORTANTE: LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS TIENEN QUE TENER FECHA ANTERIOR AL PERÍODO DE PRESTACIÓN SOLICITADO (Por ejemplo, si la prestación se solicita de febrero a diciembre de 2024, la fecha del pedido médico debe ser de enero de 2024 o diciembre 2023) . Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiarios, NO es un requisito que el mismo forme parte de la cartilla (puede ser de un efector público o consulta particular). La especialidad corresponderá a la atención de la patología discapacitante, pudiendo ser: clínico, pediatra, neurólogo, entre otros.

The diagram illustrates the layout of a medical prescription form with red arrows pointing to specific fields:

- membrete medico o institución**: Located at the top right, next to a circular placeholder for a stamp or logo.
- PRESCRIPTION:**: A central heading.
- fecha**: Points to the date field.
- datos del beneficiario**: Points to the beneficiary information field.
- prestacion a solicitar**: Points to the service to be requested field.
- Periodo**: Points to the period field.
- cantidad de sesiones**: Points to the number of sessions field.
- Do not refill** and **Refill ___ times**: Points to the refill instructions.
- Firma y sello**: Points to the signature and stamp area, which includes lines for **Date** and **Signature**.

Documentación a presentar

PRESTADOR

Las prestaciones pueden ser reagrupadas en:

- 01. Prestaciones brindadas por instituciones (escuelas especiales, centros educativos terapéuticos, formación laboral, centros de rehabilitación, centros de día, hogar, etc).
- 02. Prestaciones de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc).
- 03. Apoyo a la integración escolar (brindada por una institución).
- 04. Maestro de Apoyo (brindada por un profesional independiente).
- 05. Transporte.

IMPORTANTE

Trabajamos a través de mecanismo de integración, por lo tanto los prestadores deben estar registrados en el RNP, a excepción de Maestras de Apoyo y Transporte.

Al igual que todos los centros e instituciones deben contar categorización que los habilite para dar las prestaciones solicitadas.

• Prestaciones brindadas por instituciones

ESCUELAS ESPECIALES, CENTROS EDUCATIVOS, TERAPÉUTICOS, FORMACIÓN LABORAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, CENTROS DE DÍA, HOGAR, ETC

01. En caso de solicitar dependencia de prestaciones en CET, Hogar de día, etc. Debe presentar la Escala FIM realizada por un terapeuta ocupacional.

02. Habilitación y categorización

03. ANEXO III *ver modelo en pagina 39*

04. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL *ver modelo en pagina 24* Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, particular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.

05. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, *ver modelo en pagina 26* (este informe debe contemplar todo el período anterior), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)

06. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DONDE CONSTE PERÍODO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL ABORDAJE. Recordemos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

07. PRESUPUESTO

08. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD.

09. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

10. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

• Prestaciones de Rehabilitación

POR SESIONES BRINDADAS POR PROFESIONALES INDEPENDIENTES (PSICOPEDAGOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, PSICOLOGÍA, ETC)

Los prestadores deben encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL *ver modelo en pagina 24* Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, *ver modelo en pagina 26* (este informe debe contemplar todo el período anterior en el que se brindó la prestación.

03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL dónde conste período, objetivos específicos y estrategias utilizadas en el abordaje. Recordamos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

04. PRESUPUESTO

05. REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP).

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

Las prestaciones de rehabilitación con profesionales independientes, en el marco de prestaciones de Apoyo o Módulos de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo, se autorizarán a partir de los 3 años de edad del beneficiario. Si el beneficiario es menor de tres años (1 a 3 años), deberá solicitar Módulo de Estimulación Temprana con Institución categorizada para dicha prestación.

• Apoyo a la Integración Escolar “Con Equipo”

BRINDADO POR LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL O CENTRO, AMBOS CATEGORIZADOS PARA BRINDAR ESTA PRESTACIÓN.

Las instituciones deben encontrarse inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud)

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE EL APOYO SE REALIZARÁ CON EQUIPO.

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

02. Anexo III *ver modelo en pagina 39*

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cual consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2022), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor/Directivo de la escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo).

04. CATEGORIZACIÓN

05. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

• Maestro de Apoyo

BRINDADO POR UN PROFESIONAL INDEPENDIENTE.

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE SOLICITA MAESTRO DE APOYO.

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL *ver modelo en pagina 24* Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. (Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura obra social, prepaga, particular, etc adjunte aquí una nota aclarando esta situación)

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, *ver modelo en pagina 26* en el cuál consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período anterior al que se le brindo la prestación), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzado.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor, Directivo de la Escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo)

04. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional.

05. TITULO HABILITANTE (Psicopedagogas, Psicólogas, Profesora de Educación Especial, Licenciada en Ciencias de la Educación)

06. CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS.

07. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

08. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

09. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR del beneficiario

10. ANEXO III *ver modelo en pagina 39*

• Transporte

IMPORTANTE: EL PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE, DEBERÁ SER PRESCRIPTO Y FUNDAMENTADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN EL CUAL DEBERÁ APORTAR DATOS CLÍNICOS RELEVANTES, QUE IMPOSIBILITEN EL TRASLADO GRATUITO EN TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.

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 o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.

1. ANEXO III (HOJA 3) En el mismo debe constar Diagrama de Traslados con indicación de origen y destino de cada viaje. Cantidad de km. recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta). Deberá contener firma, aclaración y DNI del transportista y del beneficiario con discapacidad /familiar responsable/tutor. Conforme al formulario, **debe presentar una hoja por cada traslado.**

ver modelo en pagina 39

02. MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO. Se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Punto de partida, destino y cantidad de kilómetros del recorrido.

03. HABILITACIÓN ACTUALIZADA de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado.

04. VTV DEL VEHICULO. vigente

05. LICENCIA DEL CONDUCTOR. vigente

06. PÓLIZA DE SEGURO.

07. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

08. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

Importante: La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años

La Superintendencia de Servicios de Salud autoriza una cantidad máxima de kilómetros mensuales, hasta 1500KM, superado los mismos deben presentar certificado policial del domicilio del beneficiario y justificativo médico donde evidencie la falta de un prestador categorizado y de igual calidad prestacional en un radio territorial inferior y/o explicar las causales que justifiquen el traslado del beneficiario al prestador seleccionado.

IMPORTANTE: Según surge de la ley N° 24901 sus modificatorias y complementarias, se estableció que:

Art. 1 El valor de tramo corto en el transporte para personas con discapacidad, fijando como valor base de la prestación el equivalente a la cobertura de DOCE (12) Kilómetros ida y vuelta

Art.2 Determinase que el valor de dicho tramo variara conforme con las actualizaciones del valor del kilometro en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad

• Requisitos imprescindibles para la autorización de las prestaciones

01. En caso de solicitar las prestaciones de Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo, el pedido médico debe detallar cuáles y cuántas sesiones se brindarán en el mismo.

02. Cada institución o prestador se hace cargo de su capacitación, supervisión y/o coordinación, no pudiendo transferir el costo a la Obra Social.

03. Todos los prestadores, sean instituciones o no, deberán presentar Informes de Evolución SEMESTRALMENTE. En los mismos, se debe detallar los logros alcanzados y las necesidades particulares evaluadas.

04. Las necesidades educativas especiales que requieran los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran contempladas dentro de las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidad (Res. 1328/2006 y 428/99) ÚNICAMENTE en los siguientes módulos:

A) Integración Escolar con equipo.

B) Maestra de Apoyo.

Para cambio de prestador se requiere:

- Nota de solicitud de cambio de prestador. **ver modelo en pagina**

31

- Toda la documentación del nuevo prestador, incluido el informe de evaluación inicial (excepto en caso de transporte). ANEXO III - Conformidad Prestación Año 2024

FORMULARIOS



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024



Obra social del personal de la
actividad cervecedera y afines.
RNOS.104306

HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

- Humahuaca 4072 - CABA
- 4862-458 / 2666
- discapacidad@oscervecedera.org.ar

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

DOCUMENTACION PERSONAL

Tildar lo que corresponda

- CUD VIGENTE
- Constancia de alumno regular en caso de estar escolarizado.

DEL MEDICO

Tildar lo que corresponda

- Resumen de historia clinica
- Prescripciones medicas

DEL PRESTADOR

Tildar lo que corresponda

- Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación).
- Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas)
- Plan de abordaje individual.
- ANEXO III
- Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP)
- Registro Nacional de Prestadores (RNP)
En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.
- En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M

TRANSPORTE

Tildar lo que corresponda

- Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo
- ANEXO III
- Mapa recorrido.
- Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP)
- Constancia CBU emitida por el Banco
- VTV, licencia del conductor y póliza de seguro.

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES

BENEFICIARIO CON CUD

APELLIDOS Y NOMBRES

***OBLIGATORIO**

CUIL

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO

CALLE

N°

PROVINCIA

LOCALIDAD

CP

TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES

CUIL

PREFIJO

NUMERO

PARENTESCO

DOMICILIO

CALLE

N°

PROVINCIA

LOCALIDAD

CP





PLANILLA DE ASISTENCIA

INSTITUCIONES/ APOYO A LA INTEGRACION

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS.104306

***OBLIGATORIO**

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

PERIODO

PRESTACIÓN:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31														

- Marcar con **P** los días que el beneficiario estuvo **Presente**
- Marcar con **A** los días que el beneficiario estuvo **Ausente**
- Marcar con **S** los días **Sábado**
- Marcar con **D** los días **Domingo**

FIRMA Y SELLO DEL
PRESTADOR

ACLARACION Y DNI
DEL ADULTO RESPONSABLE



INFORME INICIAL

Obra social del personal de la actividad cervecera y afines.

RNOS.104306

***OBLIGATORIO**

Se solicita en aquellos casos que el paciente está comenzando un tratamiento nuevo o si cambia de prestador

Fecha:

Nombre y Apellido:

Documento N°:

Edad:

Diagnóstico CUD:

Descripción detallada del estado clínico del paciente al momento de evaluarlo por primera vez (características particulares de su personalidad, modo de relacionarse con el profesional, observaciones en base a la información recabada en las entrevistas preliminares)

Mencionar los aspectos del paciente (áreas funcionales/del desarrollo) en los que se observan dificultades.

Fortalezas del paciente: mencionar aquellas áreas / funciones conservadas:

¿Qué instrumentos de valoración fueron aplicados? ¿Qué técnicas/ Test se utilizaron?

Resultados del proceso de evaluación/Observaciones a destacar:

Firma y sello del prestador

Aclaración



INFORME EVOLUTIVO

Obra social del personal de la actividad cervecera y afines.

RNOS.104306

***OBLIGATORIO**

Informe evolutivo **debe presentarse cada 6 meses**

Se solicita para los casos en que la prestación es una continuidad de años anteriores y será llevada a cabo con el mismo prestador. Debe dar cuenta del recorrido realizado a lo largo del año de tratamiento

Fecha:

Nombre y Apellido:

Documento N°:

Edad:

Diagnóstico CUD:

¿Se observa evolución favorable?

¿En qué aspectos ha mejorado?

¿Qué áreas/ aspectos aún debe continuar trabajándose?

Hoja 1/3

¿En qué objetivos se trabajó puntualmente?

Mencionar algunas de las actividades realizadas con el paciente

Teniendo en cuenta el Plan de tratamiento propuesto, ¿Qué objetivos se lograron y cuáles no?

¿Por qué motivo, qué dificultades se presentaron?

Intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo / familia

Firma y sello del prestador

Aclaración



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS.104306

***OBLIGATORIO**

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

EDAD

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
8:00HRS						
9:00HRS						
10:00HRS						
11:00HRS						
12:00HRS						
13:00HRS						
14:00HRS						
15:00HRS						
16:00HRS						
17:00HRS						
18:00HRS						
19:00HRS						

FIRMA BENEFICIARIO / ADULTO RESPONSABLE





FORMULARIO LIBRE DE DEUDA

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS.104306

De mi mayor consideración:

Por medio del presente dejo constancia que la Obra Social del Personal De la Actividad Cervecera y Afines no mantiene ninguna deuda con este prestador en concepto de pago de las prestaciones brindadas hacia los beneficiarios de la misma en el periodo prestacional comprendido entre:

Enero a Diciembre Año

Elevo la presente para dar cumplimiento a la normativa dispuesta en la Resolución 360/2022

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

Razón Social

CUIT

FIRMA Y SELLO
PRESTADOR





NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

Obra social del personal de la actividad **cervecera y afines.**
RNOS.104306

Fecha

Beneficiario

DNI

Por medio de la presente dejo en constancia la solicitud de la baja de prestación del profesional y/o institución quien ejercía la prestación de a partir de la fecha

Solicito nueva alta de dicha prestación a cargo de a partir de la fecha

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN

.....

DNI / CUIL



F. I. M. - (Medida de Independencia Funcional)

Apellido y Nombre:
D.N.I.:
Nº de Carnet:
Diagnóstico:
Edad:
Institución:
Fecha de Ingreso a la Institución:
Modalidad:

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	

4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACION	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
	CONEXION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE F. I. M. TOTAL	

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1 - ALIMENTACION

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que medidas se han tomado para superar la situación.

2 – ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene?

3 – HIGIENE

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4 – VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5 – VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocarrísticas de la dependencia.

6 – USO DEL BAÑO

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7 – CONTROL DE INTESTINOS

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

8 – CONTROL DE VEJIGA

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9 – TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié.

Grado de participación del paciente.

10 – TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11 – TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12 – MARCHA / SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13 – ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones.

14 – COMPRENSION

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc..

15 – EXPRESION

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16 – INTERACCION SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17 – RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos

18 – MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

EVALUACION INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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 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:

Documento:

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yocon Documento Tipo (.....) N°
....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde
.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, deajo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO III - Resolución - Expediente Electrónico EX-2021-45141065- -APN-SSS#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.

INSTRUCTIVO DE **FACTURACIÓN**



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024



• Instrucciones de facturación

Sres. Prestadores

Tengan en consideración las siguientes instrucciones al momento de iniciar una prestación con un beneficiario de nuestra Obra social. La documentación debe estar completa al momento de recibir el expediente. La cartilla de prestadores es abierta

NO pueden empezar las prestaciones sin tener la autorización de la obra social

Los pagos se realizan a través de mecanismo de integración a 60 días de recibida la factura via mail (discapacidad@oscervercera.org.ar)

Se reconocerán solo las sesiones solicitadas en la prescripción medica

Solo se aceptan Facturas B o C.
No corresponde discriminar IVA, ni Ingresos Brutos

Con la primera factura deben mandar comprobante de CBU emitida por el banco o impresa desde el home banking

Solo se recibirán aquellas facturas que cuenten con la planilla de asistencia

No se aceptará en la misma factura distintos beneficiarios. La factura es por prestación y por beneficiario

No se aceptará enmiendas, tachaduras, o cambio de Tinta, ni firma digital, foto de la firma, ni recortada y pegada

Una vez percibido el pago deberán presentar en OSPACA Sede Central, los comprobantes cancelatorios correspondientes. En caso de que el tipo de factura emitida haya sido "C" el recibo que la cancele debe ser "Recibo X"

Los prestadores, centros e instituciones, deben enviar informes semestrales evolutivos. El primero se envia en Julio con la factura de Junio, y luego en Enero on la factura de Diciembre.

Deben estar atentos a los aumento establecidos en el Boletín oficial (nomenclador de discapacidad)

En caso de variaciones del nomenclador si el prestador ya realizo la facturación del periodo, solo debe hacer una sola factura por el ajuste, en caso contrario debe realizar una sola con el valor actualizado en el aumento.

Las consultas o reclamos de pagos deben enviarlas al mail de pagos@oscervecera.org.ar

Los recibos deben enviarse via mail a pagos@oscervecera.org.ar

TOMAR EN CUENTA

Modulo Maestra de Apoyo

El valor de Modulo Maestra de Apoyo corresponde a una jornada laboral comprendida entre 8 a 20hrs semanales.

De ser menos horas, corresponde el monto del Valor de Maestra de Apoyo, el cual se factura por hora.

CET

Si el beneficiario asiste a Jornada Doble no corresponde facturar alimentación.

En caso de asistir jornada Simple, se facturara alimentación por separado, es decir, una factura por el cet y otra por alimentación

Transporte

Se considera tramo corto aquellos traslados ida y vuelta inferiores a 12KM.

Por lo cual corresponde facturar en esos casos el equivalente al valor de 12KM.

En caso de superar los 12km, facturar a valor que corresponde.

• Detalles de Facturación

DEBE CONTENER LO SIGUIENTE

- Fecha de emisión
- Estar extendidas a nombre de: OSPACA (obra social del personal de la actividad cervecera y afines)
- DOMICILIO: **HUMAHUACA 4072, CABA, CUIT: 30-63976034-7(INDISPENSABLE)**
COMO ALTERNATIVA DE DOMICILIO SE PUEDE USAR **COCHABAMBA 732 , CABA**
- Condición IVA: Exento.
- **Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario. (INDISPENSABLE)**
- Período facturado (mes y año facturado).
- Prestación brindada (según autorización).
- Cantidad de sesiones o tipo de jornada
- En caso de módulo Integral Intensivo o Módulo Integral Simple detallar las sesiones brindadas.
- Categoría (A-B-C) en caso de Institución.
- Importe unitario (valor por sesión o del módulo)
- Importe total
- Firma y sello
- N° de C.A.E. pre-impreso (INDISPENSABLE)
- Porcentaje de dependencia *si corresponde*
- Porcentaje de Zona Desfavorable *si corresponde*

IMPORTANTE

Los prestadores deben presentar el formulario de libre deuda en un periodo de facturación semestral, es decir, uno a mitad de año facturado y el otro al otro cierre del año contable. **ver modelo en pagina 30**



• Errores frecuentes

Evitar en lo posible lo siguiente.

- Error u omisión en los datos de la factura (DNI del beneficiario, categoría de la institución, periodo, etc.)
- Falta de planilla de asistencia
- Falta de presentación de recibos X cancelatorios de todas las transferencias recibidas por sistema de integración.
- Falta de documentación solicitada anteriormente
- Falta de comprobante de CBU
- Factura enviada a otro mail que no corresponde
- Error en el formato del adjunto

De ocurrir algunos de estos errores solo podrá ser reemplazada la factura dentro de los 30 días de rechazo junto con la Nota de Crédito

En caso de no contener los datos mencionados en el detalle, las facturas serán rechazadas

Las facturas deben ser enviadas a **discapacidad@oscervecera.org.ar** sin excepción del 1 al 10, posterior a esa fecha pasaran al mes siguiente

Los recibos, libre deuda, reclamos y consultas por pagos, deben enviarse a **pagos@oscervecera.org.ar**



• Confección de factura

La facturación debe estar con los datos correctos, se notifica que **en caso de facturar dependencia o facturar Zona desfavorable, debe estar especificado el monto dentro del valor de la sesión o del km en caso de transportistas.**

Monto por dependencia 35%

-

Monto zona desfavorable 20%

Ejemplo de facturación

Período Facturado Desde: 01/06/2023		Hasta: 30/06/2023		Fecha de Vto. para el pago: 01/07/2023			
CUIT: 30639760347		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD CERVECERA Y AFINES					
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Cochabamba 732 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta: Otra							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	HONORARIOS CORRESPONDIENTES A LA PRESTACION DE PSICOLOGIA EN EL MES DE JUNIO 2023 AF: DNI: SEGUN RESOLUCION CONJUNTA N° 4/2023	20,00	unidades	3856,98	0,00	0,00	77139,60

Ejemplo de facturación transportista

Se calcula el valor del Km por la cantidad de Km recorridos en el mes. No podrá excederse de los km autorizados

CUIT: 30639760347		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD CERVECERA Y AFINES					
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Cochabamba 732 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta: Otra							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	DNI TRASLADO DESDE SU DOMICILIO, AV. HASTA AV. DON TORCUATO Y VICEVERSA BS. AS. PRESTACION DE DESTINO FONOAUDIOLOGIA DEPENDENCIA SI VIAJE DE VUELTA 6,4 KM TOTAL 12.8 KM x \$228.02 8 DIAS x 12.8 KM = 102.40 KM x \$228.02 TOTAL MENSUAL \$23349.25 PERIODO FACTURADO JUNIO 2023	102,40	km	228,02	0,00	0,00	23349,25