



**REQUISITOS PARA LA ATENCION DE BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD
MODULOS DE ATENCION Y TRANSPORTE**

La documentación aquí solicitada debe presentarse en mesa de entradas de esta sede central Pasco 154 CP 1081 de Lunes a Viernes de 9 a 18 hs y Viernes de 9 a 16 hs ó en alguna de nuestras seccionales (<https://www.sutep.com.ar/seccionales>)

- 1) **CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD VIGENTE.**
- 2) **PRESCRIPCIÓN MEDICA ORIGINAL** del/os tratamientos a realizar confeccionada por el médico tratante (pediatra o neurólogo), que deberá contar con los siguientes datos:

Fecha de emisión (que debe ser anterior al período solicitado)

Apellido nombre y DNI del paciente

Obra Social OSPEP

Período solicitado (por ejemplo marzo a diciembre para las prestaciones educativas, según año calendario y en forma anual para el resto de las prestaciones)

Diagnóstico

Firma y sello del profesional tratante

Tipo de jornada (simple o doble): en caso de solicitar concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de día, Hogar con centro de Día)

Cantidad de sesiones mensuales requeridas: en caso de solicitar los módulos de rehabilitación atención ambulatoria ó prestaciones de apoyo (kinesioterapia, psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc.)

IMPORTANTE

La prescripción del tratamiento **NO** podrá ser confeccionada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.

- 3) **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ACTUALIZADO:** confeccionado por el médico tratante, en el cual deberá constar la descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente con firma y sello del profesional.

En caso de requerir **TRANSPORTE** debe estar justificada la imposibilidad de la persona con discapacidad para trasladarse en transporte público con un acompañante.



4) **DEPENDENCIA:**

Para las prestaciones de **Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico**, deberá presentarse el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (**FIM**), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y un informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

Para la prestación de **transporte** deberá presentarse el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (**FIM**), confeccionado por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

- 5) **CONFORMIDAD** por el plan de tratamiento o el traslado según formulario adjunto. Este formulario debe completarlo el beneficiario o su familia. Deben completarse TODOS los ítems solicitados y entregarse debidamente firmado. En caso de cambio de tinta debe ser salvado (Vale cambio de tinta) y contar con firma y aclaración.
- 6) **PRESUPUESTO/S** en original de la/s Institución/es o profesional/es que realizará/n el tratamiento. Según formulario adjunto

IMPORTANTE

El presupuesto deberá coincidir con la Institución o profesionales actuantes y con la certificación en Registro Nacional de Prestadores de la SSS
Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

- 7) **INFORME DE EVALUACION INICIAL:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación o ante un cambio de prestador, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Debe contener los datos del paciente, la fecha y contar con firma y sello del prestador en forma ológrafa.
- 8) **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL**, en el mismo deberá constar: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos. Con firma y sello del prestador en forma ológrafa.
- 9) **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN:** con la facturación del mes de diciembre en el cual consten: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y los resultados alcanzados. Con firma y sello del prestador en forma ológrafa.



- 10) **INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN:** con la facturación del mes de junio. Con firma y sello del prestador
- 11) **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR:** en caso de requerir apoyo a la integración escolar, prestaciones de apoyo ó transporte como única prestación. Debe constar el **CUE del establecimiento**. Debe estar presentada antes del envío de la primer factura del prestador.
- 12) **INSCRIPCIONES**
- **INSCRIPCION EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** para los casos de:

Rehabilitación (en sus modalidades internación, modulo integral intensivo y módulo integral simple), Estimulación Temprana y otros vigentes de atención.
Profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
 - **INSCRIPCION EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEPENDIENTE DE LA ANDIS** para las prestaciones:

Terapeutico-educativas, educativas y asistenciales.
- 13) **CBU/CUIT** : comprobante del banco ó nota del prestador, ambos con firma y sello en forma ológrafa que vincule su CBU con su CUIT.

DOCUMENTACION ESPECIFICA POR PRESTACION

Servicio de apoyo a la Integración Escolar o Maestro de Apoyo:

Constancia de alumno regular (ver punto 11)

Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas con la primer factura correspondiente a febrero del año vigente ó a la primer factura presentada.

Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante. Con firma y sello del prestador/responsable del equipo.



Titulo habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo

Hogar en todas sus modalidades/ Pequeño Hogar

Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

Transporte

Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/ tutor

Presupuesto de transporte en el cual conste el diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado, ej: GPS, Google Maps) y cronograma de traslado según formulario adjunto.

Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir

Las familias que han accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19279 (compra de automotores para lisiados) y sus modificatorias no podrán acceder al pedido de transporte. A los efectos de dicha certificación en el consentimiento de la prestación de transporte firmaran con carácter de declaración jurada que no han accedido a dicho beneficio.

IMPORTANTE:

La Obra Social dará cobertura a los tratamientos solicitados a partir de la fecha de presentación de la documentación antedicha en forma completa. **NO** se aceptarán reclamos por períodos anteriores a la fecha detallada. La presentación será en forma anual.