

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

Instructivo para solicitud y facturación de prestaciones por discapacidad - Ver 0 03/09/2018

La documentación que se detalla a continuación, debe ser presentada por el beneficiario en original y ante la Seccional de su localidad.

La presentación de la misma es anual. El Equipo Interdisciplinario de PS y OSPIM evaluará las prestaciones solicitadas para su correspondiente autorización.

IMPORTANTE

Deben evitarse errores habituales en la confección. Como pueden ser:

- A.- Datos remarcados, tachaduras o correcciones que no se encuentren salvados con sello y firma.
- B.- Falta de fecha.
- C.- Cambio de tinta que no se encuentre salvado con sello y firma.
- D.- Falta de aclaración en el tipo de jornada, dependencia y alimentación.

**[Por cualquier duda o aclaración: contactéase a nuestro CAB:
0810-345-0208 / cab@ospim.org.ar / whatsapp: 1155847047](mailto:cab@ospim.org.ar)**

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

El beneficiario con discapacidad debe presentar la siguiente documentación:

1. COPIA DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE

El certificado de discapacidad es el documento que indefectiblemente debe poseer el beneficiario que desea acceder a una prestación de discapacidad:

- El certificado debe estar vigente durante toda la prestación. En caso de estar vencido, el beneficiario debe solicitar su renovación. Si el certificado está próximo a vencer, debe remitir la constancia con el turno para la renovación.
- **IMPORTANTE:** Si se tiene un turno para sacar un Certificado de Discapacidad por PRIMERA VEZ, no será válido para evaluar la prestación.
- En los casos de renovación de Certificado de Discapacidad, se deberá enviar, tanto el certificado vigente, como el vencido.

2. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR,

El colegio debe incluir en la constancia el n° de CUE de la institución.

(BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS: El titular debe enviar los últimos seis comprobantes de pago del monotributo al inicio de la prestación)

DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR EL MÉDICO TRATANTE

3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ORIGINAL: Debe estar emitido por el médico tratante (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra) que especifique nombre y apellido del beneficiario, número de DNI, antecedentes, comorbilidades, evolución, diagnóstico. La fecha de emisión del mismo debe ser anterior al comienzo de la prestación, sellado y firmado por el médico.

4. FORMULARIO FIM (a partir de los 6 años de edad y en el caso que corresponda)

5. ORDEN MÉDICA ORIGINAL INDICANDO TRATAMIENTO A REALIZAR

- Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, Obra Social, edad, sexo y diagnóstico.
- Cantidad de sesiones semanales, en caso de terapias. Si se solicita concurrencia a Institución (Escuela Especial, CET, Centro de Día, Apoyo a la integración escolar, etc.) deberá especificar tipo de Jornada, Simple o Doble y en el caso de acceder a una institución, el médico no debe detallar el nombre de la misma en la orden.
- Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2018)
- En caso que el beneficiario requiera **dependencia**, la misma deberá estar detallada.
- Sello y firma del profesional.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.

IMPORTANTE:

No se aceptarán pedidos de cobertura a prestaciones que sean retroactivas a la fecha del pedido médico.

Tampoco se brindará cobertura cuando no exista CUD vigente para la fecha de prestación.

6. ORDEN MÉDICA ORIGINAL TRANSPORTE

- Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, Obra Social, edad, sexo y diagnóstico.
- Cantidad de viajes semanales (detallar ida y vuelta)
- Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2018).
- Detalle de domicilio de salida y domicilio de llegada/Prestación a la cual se dirige.
- Sello y firma del profesional.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.
- En el caso que la discapacidad no sea motora, el profesional debe justificar los riesgos a los que el beneficiario se hallaría expuesto en casos de utilizar el transporte público.

DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR EL PROFESIONAL

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO: Firmado por padre, madre o tutor con sello y firma del profesional.

8. PRESUPUESTO

- Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, Obra Social, edad, sexo y diagnóstico.
- Cantidad de sesiones semanales, en caso de terapias. Si se solicita concurrencia a Institución (Escuela Especial, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día, etc.) deberá especificar tipo de Jornada, Simple o Doble.
- En el caso de jornada simple, se debe aclarar si se incluye alimentación.
- Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2018).
- Cronograma de asistencia.
- Valor individual de la sesión.
- Valor mensual.
- Datos del prestador, CUIT, domicilio, teléfono, mail.
- En caso que el beneficiario requiera **dependencia**, la misma deberá estar detallada.
- Sello y firma del profesional o institución.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.

IMPORTANTE: Los valores que se abonarán a través de la Obra Social son aquellos establecidos en la Res. 4/2018 de la Agencia Nacional de Discapacidad y sus modificatorias.

9. PLAN DE TRATAMIENTO

- Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, Obra Social
- Detalle de modalidad, abordaje y objetivos.
- Sello y firma del profesional o institución.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.

10. DOCUMENTACIÓN HABILITANTE y ADICIONAL

- Título Habilitante. En caso de institución Habilitación Municipal.
- Registro Nacional de Prestadores. En caso de institución Categorización de la SSS.

- Constancia de Inscripción en AFIP.
- Constancia de CBU

DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR EL TRANSPORTISTA

11. CONSENTIMIENTO INFORMADO: Firmado por padre, madre o tutor con sello y firma del prestador.

12. PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

- Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, Obra Social, edad, sexo.
- Cantidad de viajes semanales.
- Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2018).
- Cronograma de viajes.
- Detalle de domicilio de salida y domicilio de llegada.
- Cantidad de Km diarios.
- Cantidad de Km mensuales.
- Valor por Km.
- Valor mensual.
- Datos del prestador, CUIT, domicilio, teléfono, mail.
- En caso que el beneficiario requiera **dependencia**, la misma deberá estar detallada.
- Sello y firma del prestador.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.
- Se debe realizar un presupuesto por cada destino.
- Certificado por el google maps los kilómetros totales recorridos (con los destinos)

IMPORTANTE: Los valores que se abonarán a través de la Obra Social son aquellos establecidos en la Res. 4/2018 de la Agencia Nacional de Discapacidad y sus modificatorias.

13. DOCUMENTACIÓN HABILITANTE DEL TRANSPORTISTA y ADICIONAL

- Habilitación Municipal/Habilitación para trasladar a terceros.
- Póliza de seguro.
- Licencia de Conducir
- Constancia de inscripción en AFIP
- Constancia de CBU

14. APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

- Consentimiento Informado (Según punto N°7)
- Presupuesto (Según punto N° 8)
- Plan de tratamiento (Según punto N° 9)
- Acta Acuerdo: Firmado por la institución educativa, el profesional y padre, madre o tutor
- Adaptaciones curriculares
- Documentación habilitante (Según punto N°10)

IMPORTANTE: EN LOS CASOS DE CAMBIO DE PROFESIONAL, SE DEBERÁ PRESENTAR:

Nota firmada por madre, padre o tutor del niño donde conste el cambio del prestador. Se deberá adjuntar la documentación del nuevo profesional de acuerdo a este instructivo. No es necesario rehacer el pedido médico.

Nota del profesional indicando la finalización del tratamiento junto con un informe final.

La prestación debe ser autorizada previo al comienzo del tratamiento.

Modelo de nota de cambio de profesional.

FACTURACIÓN:

La factura deberá ser confeccionada a nombre de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA CUIT N° 30-62913856-7, IVA EXENTO, Avenida San Juan 2670 CABA CP 1232.

En concepto: se debe indicar la prestación, mes de prestación, nombre y cuil del beneficiario. Centros: Se debe detallar el módulo y la categorización que le corresponde.

Profesionales: En el caso de profesionales: se deberá especificar cantidad de sesiones a la que asistió el paciente, valor de la sesión individual y el valor total de las sesiones.

Transporte: Se debe detallar el recorrido efectuado (inicio y destino), valor unitario del KM, cantidad de KM y costo por viaje, cantidad de días viajados al mes, cantidad total de KM y costo mensual. Se debe indicar el periodo facturado.

IMPORTANTE: Se debe facturar mensualmente, por separado el tipo de prestación y beneficiario.

Tiempo de presentación:

Las facturas se deben enviar a mes vencido, del 1 al 5 de cada mes.

Lugar de presentación:

Las facturas deben enviarse a Av. Independencia 333 Sunchales, Santa Fe.