

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

Lineamientos Generales

El presente Instructivo tiene como finalidad enunciar los requerimientos necesarios para que los/as **Afiliados/as con Discapacidad** puedan dar inicio a los trámites de **solicitud de coberturas de la prestaciones No codificadas** en el Nomenclador de la Obra Social.

Para acceder a las coberturas se deberá presentar copia de **CUD vigente**. En caso de vencimiento, presentar constancia de turno (que contenga los datos del/la Afiliado/a) para la renovación expedido por organismo establecido por Ministerio de Salud.

Las Resoluciones que otorgan cobertura en tratamientos de rehabilitación culminan cada 31 de Diciembre del año en curso y conjuntamente con el Calendario Lectivo aquellas que otorgan cobertura en prestaciones educativas; debiendo presentarse nuevamente la documentación necesaria para la Renovación del año siguiente.

Se debe cumplir con la documentación con al menos 30 días de anticipación.

Todas las prestaciones se autorizarán desde DOSEP, una vez que se haya presentado la documentación completa y a posterior de la evaluación del Equipo de Discapacidad de la Obra Social.

El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta de exclusiva responsabilidad del/la Prestador/a y del/la Afiliado/a y NO obliga a DOSEP a cubrirlas.

Es requisito para la tramitación y curso de los expedientes de cobertura la **presentación en forma completa y correcta de la documentación requerida**.

De ser necesario, el Equipo de Discapacidad podrá solicitar Entrevistas Previas a los fines de realizar Evaluaciones a los/as Afiliados/as; como así también podrá solicitar Reuniones con los Equipos de Profesionales a cargo de los tratamientos.

No se recibirá documentación que presente tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello; tampoco aquella que se presente para un/a Afiliado/a pero que contenga datos de otra persona; ni aquella que no se presente en forma completa; de lo contrario, será devuelta al/la Afiliado/a y/o a la Delegación del interior próxima a su domicilio.

La solicitud de tratamientos deberá contener datos completos del/la Afiliado/a, Diagnósticos según CUD, antecedentes (se incluirán intervenciones terapéuticas y/o educativas previas), estado actual, Plan Terapéutico, frecuencia de sesiones (en caso de corresponder).

En caso de Renovación se solicita describir la Evolución del tratamiento en el último año. El estado actual de la persona deberá justificar y respaldar los tratamientos solicitados; contará con firma y sello de Profesionales intervinientes.

Si fuera necesario, el Equipo de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a los fines de cumplir con los requerimientos de la normativa vigente.

El/la Afiliado/a deberá firmar el consentimiento del tratamiento que recibirá. Cuando se trate de menores de edad, el mismo será firmado por padres y/o tutores.

En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma estará sujeta al análisis del Equipo de Discapacidad.

De requerir cambio de Prestador/a, se deberá adjuntar Nota firmada por Afiliado/a Titular que deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento por el/la nuevo/a Prestadora/a y fecha de baja del/la anterior, además de la documentación del/la Profesional que realizará el tratamiento. Deberá ser presentada con anterioridad al cambio solicitado.

Para **prestaciones educativas** es requisito la presentación del **Certificado de Alumno Regular** del año en curso.

En los casos en que el/la Afiliado/a no se encuentre escolarizado/a deberá justificar dicha situación mediante informe de la última Institución Educativa a la que asistió que detalle los motivos por los cuales es difícil o imposible su concurrencia a Instituciones Educativas.

Se deberá adjuntar además, informe del Equipo tratante.

Detalles de la Documentación a Presentar

REQUISITOS PARA RESOLUCIONES - PRESTACIONES PARA AFILIADOS/AS CON DISCAPACIDAD

Acompañamiento Terapéutico, Terapia Ocupacional, Psicomotricidad, Estimulación Visual, Estimulación Temprana.

- Nota de solicitud del/la Afiliado/a Titular
- DNI o CIPE del/la Afiliado/a Titular y Beneficiario/a
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad
- Pedido médico de la prestación, Resumen de HC
- Fotocopia de Título y Matrícula Habilitante del/la Profesional
- Plan de Trabajo – Objetivos, indicando cantidad de Sesiones/Horas en el caso que corresponda. **RENOVACION**: Informe de evolución y justificación del Tratamiento
- Fotocopia de Inscripción en Afip e Ingresos Brutos. CBU certificado por institución bancaria si el Pago es al/la Prestador/a.

Prestaciones Educativas

REQUISITOS APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

- Nota de solicitud del/la Afiliado/a Titular.
- Certificado de Alumno/a Regular del año en curso. Indicar Nivel y Turno.
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad.
- DNI/CIPE del/la Afiliado/a Titular y Beneficiario/a.
 - **Docente Integrador/a** Fotocopia Legalizada por Inst. que lo emitió o Escribano Público y de ambas caras de Título Habilitante y Certificado Analítico: “Prof. en Enseñanza Diferenciada”.
 - Inscripción en Ingresos Brutos
 - Condición frente al IVA. CBU certificado si es Pago al/la Prestador/a
 - Horario en que lleva a cabo la prestación

- Plan de Trabajo con plazo de presentación hasta 30 días posteriores al inicio del Ciclo Lectivo
- **Si es renovación** Informe sobre lo trabajado en ciclo lectivo del año anterior y Plan de trabajo para el siguiente Ciclo con firma y sello de Docente Integrador/a y de la Institución.

REQUISITOS para: PSICOPEDAGOGIA

Nota de solicitud de cobertura del/la Afiliado/a Titular

DNI o CIPE de Afiliado/a Titular y Beneficiario/a

Constancia de Alumno/a Regular del año en curso.

Nota de solicitud de la prestación de parte del/la docente y avalada por directivo/a del Establecimiento Educativo acompañado por Informe Docente o Informe de Gabinete Psicopedagógico.

De concurrir a Establecimiento Educativo Público se requiere informe de CEETAP.

Fotocopia de Título y Matrícula Habilitante del/la Profesional. Plan de Trabajo indicando cantidad de sesiones mensuales. Copia de Inscripción a Afip e Ingresos Brutos. CBU certificado si el Pago es al/la Prestador/a. Afiliados/as con Discapacidad: copia de CUD vigente.

REQUISITOS PARA SERVICIO DE TRANSPORTE

Este beneficio será otorgado siempre y cuando el/la beneficiario/a se vea imposibilitado/a de usufructuar el traslado gratuito en transporte público de acuerdo en lo previsto en la Legislación vigente.

Nota del Afiliado/a Titular solicitando cobertura en la Prestación

DNI o CIPE de Afiliado/a Titular y Beneficiario/a

Pedido Médico: fundamentando y aportando datos clínicos relevantes que indiquen la imposibilidad del traslado en Transporte Público Gratuito.

Copia de Certificado de Discapacidad/ Se considerará Orientación Prestacional

Constancia de la Institución y/o Profesionales (con firma y sello) dónde se brindan las Prestaciones, indicando días y horarios de las mismas y el domicilio en el cual se realizan. Si el traslado será realizado a Instituciones Educativas, se deberá presentar el Certificado de Alumno/a Regular del año en curso (vale también para CET)

Presupuesto

A ser presentado y Firmado por Transportista.

Indicar Nombre y Apellido del/la Afiliado/a y número de DNI

Especificar lugar de partida y destino, indicando calles, numeración, barrio, localidad.

Cantidad de km recorridos, frecuencias (cantidad de viajes semanales), indicar la prestación por la que realiza el traslado. Adjuntar hoja de ruta impresa de acuerdo a "Google Maps".

Habilitación municipal y/o Provincial, Póliza de Seguro que autorice el transporte de pasajeros, responsabilidad civil hacia terceros transportados y no transportados, con Cláusula de No repetición a favor de Dosep, DNI y Licencia de Conductor. Libro de Inspección del vehículo que expide la Dirección de Transporte Municipal, Registro del Automotor. Constancia de Inscripción en Afip, Ingresos Brutos, CBU certificado por el Banco para Pago al Prestador.

La documentación presentada deberá contar con **vigencia** durante el período de tiempo en el que se efectúe la prestación, caso contrario no se autorizará la misma.

Para **Renovar** se deberá presentar la documentación vigente.

SOLICITUD DE CUIDADOR DOMICILIARIO

A ser completado y firmado por el familiar o responsable. (La presente constituye una Declaración Jurada)

DATOS DEL AFILIADO QUE SOLICITA LA PRESTACION

Apellido..... Nombre..... DNI.....
Plan..... Fecha de Nac..... Edad.....
Domicilio..... Localidad.....
Teléfono..... CUD.....// Patología Oncológica..... (Presentar Copia//Biopsia)

Apellido y Nombre de Referente..... Vínculo.....
Teléfono de Referente.....Domicilio.....

Tipo de Solicitud – Marque según corresponda

Primera Solicitud Renovación Cambio de Prestador

Firma del Solicitante

Firma de Referente

Para completar exclusivamente por DOSEP

Fecha de Recepción..... Recibido
por.....

Nº de Expediente.....

INFORMACION DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

A ser completado por el CUIDADOR y firmado por éste y Solicitante y/o Referente. (La presente constituye una Declaración Jurada)

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre..... DNI.....

DATOS DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

Apellido y Nombre..... DNI.....

Domicilio..... Fecha de nacimiento..... Edad.....

Título y/o Curso Habilitante.....

Expedido por..... Año.....

De no poseer Título, se deberá adjuntar Referencia comprobable para la Tarea.

Adjuntar Inscripción a AFIP, Ingresos Brutos, CBU (si es Pago al Prestador)

Teléfono de Contacto.....

Describe Plan de Trabajo a realizar

.....
Firma del Cuidador
Referente

.....
Firma del Solicitante/o

INDICACION DE CUIDADOR DOMICILIARIO

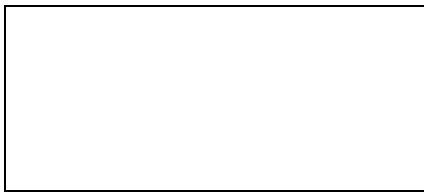
Para ser completado y firmado por Profesional Médico. (La presente constituye una Declaración Jurada)

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre..... DNI.....

DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

Firma y Sello. Fecha: / /

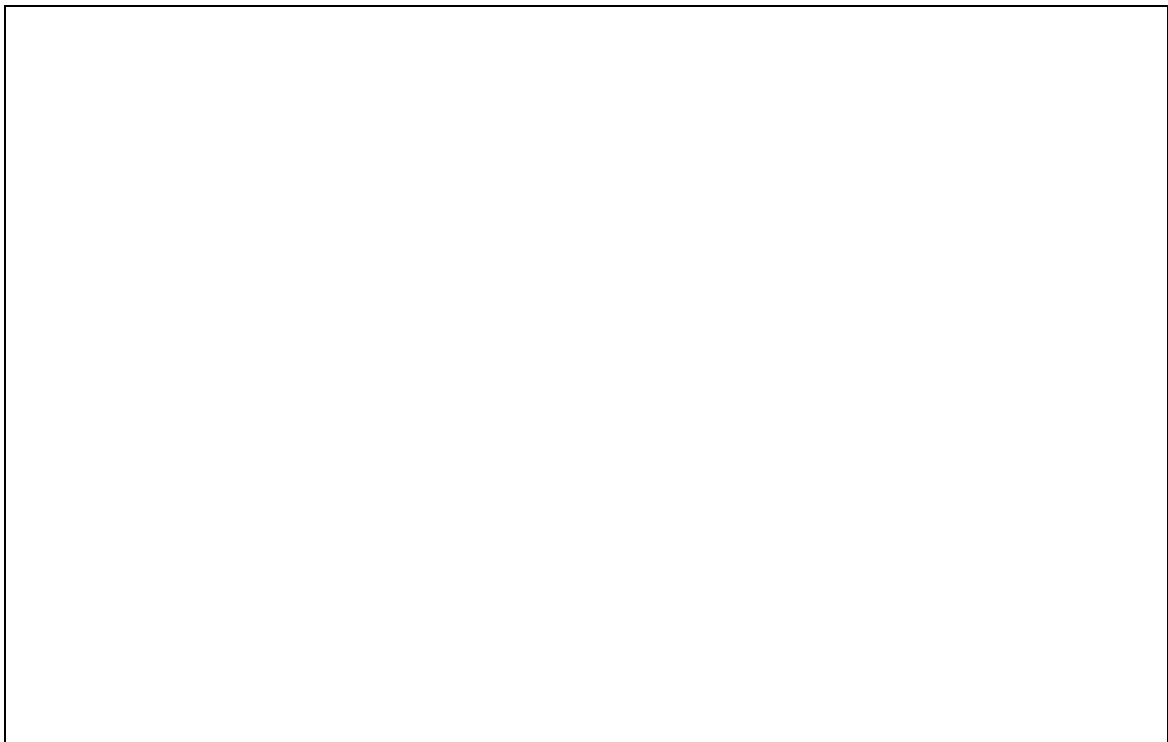


Especialidad.....

MP.....

Teléfono de contacto.....

Describe el Motivo de Solicitud del Cuidador Domiciliario



CUIDADOR DOMICILIARIO

Tareas que puede realizar el Cuidador

Labores relacionadas a la alimentación (ingesta asistida y/o colaboración en la preparación de alimentos sencillos según indicaciones profesionales), higiene de la persona (aseo, vestimenta, arreglo personal), al desplazamiento y/o traslado. Acompañamiento. Prevención de posibles accidentes.

Ayuda en la administración de medicación oral según indicaciones del profesional médico.

Tareas que NO debe realizar el Cuidador

No realiza tareas de servicio doméstico, limpieza del hogar, de la indumentaria personal, objetos personales, ni tareas de mantenimiento de prótesis u ortesis, tampoco realizará tareas de enfermería profesional como suministrar medicación vía enteral, por catéter central, curaciones complejas, etc.

No será responsable del cuidado del resto de los miembros de la familia del beneficiario, como tampoco de realizar las compras y/o actividades que el resto de las personas demanden.

Todas las tareas serán realizadas según las necesidades del beneficiario y siempre contando con su acuerdo y/o el de su red primaria de apoyo. Estos últimos proveerán los insumos necesarios para la higiene, seguridad y cuidados del Afiliado.