



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

INSTRUCTIVO 2023

PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

O.S.P.I.Q. y P.

RES. 887/17 SSSALUD
RES.360/22 SSSALUD - 03-03-22

Mail: ospiqyp.discapacidad@gmail.com

Pag Web: www.ospiqyp.org.ar

Tel: 4380-2700

Para poder acceder a las prestaciones por discapacidad es indispensable la presentación del Certificado de discapacidad actualizado.

Solo de esta manera se podrá brindar la cobertura de 100% a todas aquellas practicas y/o tratamientos que estén íntimamente vinculados a la patología de base que especifica el certificado de discapacidad.

*Se aclara los tratamiento **se renuevan anualmente** debiendo presentar nuevamente TODA la documentación requerida para que la prestación sea autorizada.*

NO SE ACEPTARAN SOLICITUDES SIN LA COPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, AUN CUANDO LO HAYAN PRESENTADO AÑOS ANTERIORES Y/O DOCUMENTACION INCOMPLETA.



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

SE RECUERDA QUE EL DEBEN ENVIAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Y EL MISMO DEBE ESTAR VIGENTE DE NO SER ASI NO SE AUTORIZARA LAS PRESTACIONES.

MUY IMPORTANTE: Sin el certificado de Discapacidad no se cubrirá ninguna prestación. Si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de presentación RECUERDE que debe solicitar la renovación del mismo y los turnos tienen demoras.

La cobertura de los tratamientos son anuales (Enero a Diciembre) Como así también la documentación solicitada para la cobertura de los mismos.-

IMPORTANTE

En caso de solicitar tratamiento institucional (Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Centro de Rehabilitación) el médico prescriptor debe ser externo a la institución donde concurrirá el beneficiario.

SE INFORMA QUE LA OBRA SOCIAL TRABAJA SEGUN LA NORMATIVA DEL EL SISTEMA DE INTEGRACION, POR LO CUAL SE SOLICITA SE ADJUNTE TANTO AL PRESUPUESTO CONSTANCIA DE CBU EMITIDA POR BANCO, CAJERO AUTOMATICO O HOME BANKING PARA REALIZAR LOS PAGOS POR TRANSFERENCIAS. SE ACLARA QUE SOLO INVOLUCRAA LOS MODULOS INCLUIDOS EN LA RESOLUCION VIGENTE Y QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE DICHO SISTEMA.

IMPORTANTE: según LO QUE ESTABLECE DICHO SISTEMA EL NRO DE CUIT DE LA FACTURA DEBE CORRESPONDER CON EL NRO DE CUIT DE LA CUENTA (DEBE SER CUENTA DE LA INSTITUCION O PROFECIONAL QUE BRINDA EL SERVICIO Y NO DE TERCEROS)



Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2023.

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante. **SIN RESUMEN DE HISTORIA NO SE AUTORIZAN PRESTACIONES.**
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme
- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional.

SIN ESTOS REQUISITOS SE SE ATORIZARAN PRESTACIONES.

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

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



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRIPCION RNOS 1-1870-5

tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- - 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 para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- - Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- - Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- - Constancia de CUIT.
- - Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

PRESTADOR QUE NO CUENTE CON LA INSCRIPCION CORRESPONDIENTE NO SE AUTORIZA.

- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada. Documentación específica por prestación:

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

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

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo. Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

**SOLO PODRAN DAR ESTA PRESTACION, CENTROS HABILITADOS,
MAESTROS DAI Y PSICOPEDAGOGOS.**

REHABILITACION .

Los prestadores deben cumplimentar la documentación solicitada anteriormente. Se cubrirá un máximo de 8 (ocho) sesiones semanales sin excepción. En los casos de que las terapias sean presentadas individual por prestador se deben enviar conjuntamente para su evaluación.



OBRA **S**Ocial DEL **P**ersonal DE **I**ndustrias **Q**uímicas Y **P**etroquímicas
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

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 cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- Habilidad, póliza de seguro, verificación técnica vehicular VTV al día, licencia de conducir.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

**SOLO SE ATORIZARA UN MAXIMO DE RECORRIDO DE
1500km MENSUALES.**

**SOLO QUEDARA EXCEPTUADO Y ACONSIDERACION DE LA AUDITORIA MEDICA
AQUELLOS CASOS QUE SE ENCUENTREN EN ZONAS DESPLOBLADAS DEL
INTERIOR DEL PAIS.**

FACTURACION Y RECIBOS

Documentación Contable (para la facturación):

1- Factura o Recibo deberá ser B o C (La O.S. presenta Iva Exento)

A) La misma deberá estar dirigida a :

OSPIQyP y/o Obra Social del Personal de Industrias Químicas y Petroquímicas

México 1474, C.A.B.A. Cp 1097

Cuit: 30-65339202-4 - Iva Excento

- En el detalle de la facturación deben figurar los siguientes datos:



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRIPCION RNOS 1-1870-5

B) Nombre y Apellido del Beneficiario

C) Modulo de prestación (En el caso de sesiones deben detallar la cantidad de las mismas por mes y el valor unitario)

D) En el caso del transporte: Domicilio de partida , domicilio de destino .

Valor de Km, cantidad de Km diarios y mensuales. Cantidad de viajes

Costo: por Km y Mensual.

E)Periodo de la prestación

2- Deberan adjuntar a la facturacion:

- En casos institucionales certificados de alumno regular o planilla de asistencia.
- En el caso de las terapias, planillas de asistencia detallando fecha de la sesión, firma del profesional firma del paciente o responsable del mismo en el caso que este sea menor o este impedido.
- En el caso del transporte planilla de viajes igual que el caso anterior.

SE DEBE ENVIAR A ospiqyp.discapacidad@gmail.com

LA FACTURACION QUE NO CUMPLA CON DICHS REQUISITOS O QUE POSEAN REMARCACIONES - TACHADURAS Y/O ENMIENDAS. LAS MISMAS SERAN MOTIVO DE DEBITOS.-

Se autorizaran los valores según la Resolución del Ministerio de Salud que se encuentre en vigencia al momento de la prestación.-

LAS FACTURAS DEBERAN SER PRESENTADAS DEL 1 AL 10 DE CADA MES , NO DEBERAN ATRASARSE CON LA ENTREGA YA QUE EL SISTEMA DE INTEGRACION SOLO PERMITE LA CARGA DE DOS MESES DE PRESTACIONES HACIA atrás.

LOS PAGOS SE EFECTUAN POR MEDIO DE TRANSFERENCIA BANCARIA, RECIBIDA LA MISMA, TODOS LOS PRESTADORES SIN EXCEPCION DEBERAN ENVIAR LOS RECIBOS CORRESPONDIENTES, LA FALTA DE PRESENTACION DE LOS MISMOS GENERARA UNA RETENCION DE LOS PAGOS SUCESIVOS



OBRA **S**Ocial DEL **P**ersonal DE **I**ndustrias **Q**uímicas Y **P**etroquímicas
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

ANEXOS y PROFORMAS



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRIPCION RÑOS 1-1870-5

ANEXO II – 2.

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) N°

....., 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 _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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:



OBRA **S**Ocial DEL **P**ERSONAL DE **I**NDUSTRIAS **Q**UÍMICAS **Y** **P**ETROQUÍMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

PRESUPUESTO PRESTACION

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: _____

Periodo: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

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

FIRMA PRESTADOR



OBRA **S**Ocial DEL **P**ersonal DE **I**ndustrias **Q**uímicas Y **P**etroquímicas
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

Planilla de control de Asistencia

DDJJ

Paciente
Profesional:
Especialidad
Mes de Prestación

	Fecha	Firma del Profesional	Firma del Afil o Responsable
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			



OBRA **S**Ocial DEL **P**ERSONAL DE **I**NDUSTRIAS **Q**UIMICAS Y **P**ETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

Proforma presupuesto transporte

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mall de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Periodo: desde: _____ hasta: _____

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

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

Valor del km: _____

Monto mensual _____

FIRMA Y ACLARACION



OBRA **S**Ocial DEL **P**ERSONAL DE **I**NDUSTRIAS **Q**UIMICAS **Y** **P**ETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

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 periodo: desde
.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

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

Por la presente, dejo 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:



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

Paciente :	Edad: años	DNI:
Institución: Atención a Domicilio- Especialidad: Kinesiología y Fisioterapia-Neurokinesiología		

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Tabla de Puntuación de Niveles de Independencia Funcional		
7	Independencia Completa	SIN AYUDA
6	Independencia con adaptaciones	SIN AYUDA
Dependencia Parcial		
5	Supervisión	CON AYUDA
4	Mínima Asistencia (Sujeto = 75% ó más)	
3	Moderada Asistencia (Sujeto = 50% ó más)	
Dependencia Completa		
2	Máxima Asistencia (Sujeto = 25% ó más)	
1	Asistencia Total (Sujeto = 0% ó más)	
		FECHA ADMISION REEVALUAC FECHA CIERRE

CUIDADO PROPIO

A Comida			
B Aseo			
C Baño			
D Vestimenta parte alta del cuerpo			
E Vestimenta parte baja del cuerpo			
F Toilet			

CONTROL DE ESFINTER

G Manejo de Vejiga			
H Manejo de Intestino			

MOVILIDAD

Transferencia

I Cama, Silla, Silla de Ruedas			
J Toilet			
K Ducha			

Locomoción

L Camina/ Silla de ruedas			
M Escaleras			

COMUNICACION

N Comprensión			
O Expresión			

CONEXIÓN SOCIAL

P Interacción Social			
Q Resolución de Problemas			
R Memoria			

TOTAL FIM

--	--	--	--

Profesional: _____ **MP:** _____
 Kinesiología y Fisioterapia

_____ **FECHA** _____



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

Acta de Acuerdo: Apoyo a la Integración Escolar

Fecha...../...../.....

En el día de la fecha, en la Ciudad de.....

se establece el presente acuerdo en la Escuela.....con domicilio en.....representado

por....., la Maestra de Apoyo / el equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por.....

y la familia del niño/a..... con DNI Nº..... para llevar a cabo la Integración del niño/a en el Año/Sala..... Turno.....

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	viernes
Desde					
Hasta					

La Institución educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al niño según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación en teniendo cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final interdisciplinariamente

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de Integración.
- La continuidad del alumno en el Proyecto de Integración escolar será evaluado por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes, en forma conjunta, podrán considerar toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planeados para el niño/a.
- La no continuidad de proyecto podrá darse por:
 - Incumplimiento de los ítems mencionados ut-supra.
 - Falta de progresos significativos en el aprendizaje
 - Modificaciones importantes en la conducta.

Firma y Sello de la Escuela Común donde se realiza la Integración		Aclaración	
Firma del Padre / Madre o Tutor		Aclaración	
Firma y sello de la Maestra Integradora / Equipo de AIE		Aclaración	



OBRA **S**Ocial DEL **P**ERSONAL DE **I**NDUSTRIAS **Q**UIMICAS **Y** **P**ETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5