



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

INSTRUCTIVO PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD O.S.P.I.Q. y P.

Mail: ospiqypsape@gmail.com

Pag Web: www.ospiqyp.org.ar

Tel: 4384 - 5700

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.



REQUERIMIENTO BENEFICIARIOS

- **Nota de Conformidad del tratamiento:** Completar nota de acuerdo al modelo adjunto en el final del presente instructivo.
- **Fotocopia del Certificado de Discapacidad** en vigencia, emitido por autoridad competente. **Si dicho certificado venciera en el transcurso del año , la cobertura se otorgará hasta la fecha de vencimiento del mismo, debiendo el afiliado presentar la renovación del certificado a fin de poder dar continuidad al pago de 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.-

REQUERIMIENTO MEDICO

- Resumen de Historia Clínica:

Debe estar redactada por el profesional médico tratante y contener información como diagnóstico, descripción del estado actual, evolución y tratamiento que recibe.

Debe encontrarse firmada por el profesional con su sello correspondiente. **(Este debe ser legible nombre especialidad y matrícula)**

Deberá ser original.

- Prescripción Médica:

Debe presentarse en recetario aparte de la historia clínica.

Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea individual o institucional, **detallando el periodo del mismo y la fecha de la prescripción debe ser anterior al inicio de tratamiento**

Tratamiento Institucional: Indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).

Tratamiento de Integración Escolar: Deberá detallar si se trata de Maestro de Apoyo o Tto en Equipo.-

Terapias Individuales: (T.O – Psicología – Psicopatología – Fonaudiología – FKT – ect) Las mismas deben ser prescriptas en una misma orden indicando la cantidad de sesiones semanales.

Transporte: El mismo se contempla para aquellos discapacitados que presenten minusvalías motoras, psicosis y/o autismo. En caso de otras patologías se deberá efectuar una justificación del mismo quedando su otorgamiento a criterio de la auditoría médica de la Obra Social.

En caso de que la indicación requiera **dependencia deberá presentarse escala según FIM.** (Medida de Independencia Funcional) Se considera persona discapacitada dependiente a la que debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o



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

supervisor constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulación conforme al índice de independencia funcional FIM.

Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del médico tanto en el resumen de historia clínica como la prescripción médica, además deben tener fecha anterior al presupuesto y al inicio del tratamiento, deberán contener nombre y apellido del paciente, obra social y número de afiliado.

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.

REQUERIMIENTO PRESTADOR

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 PROFESIONAL QUE BRINDA EL SERVICIO Y NO DE TERCEROS)

Instituciones:

- Deberán presentar presupuesto en original con Plan de tratamiento y planilla correspondiente incluida en los anexos del presente.

Modalidad de prestación: Escuela Especial, Centro de Día, Hogar, Centro Educativo Terapéutico, etc.

Tipo de Jornada: Simple o Doble.

Tipo de Internación: permanente o de lunes a viernes.

Nº de CUIT.

- Categorización de la Institución. Por I SNR (Servicio nacional de rehabilitación de personas con discapacidad)

En caso de solicitarse Dependencia se deberá adjuntar la planilla FIM (medida de independencia funcional) con su puntaje correspondiente (todas las modalidades de Escuelas Especiales quedan excluidas de presentar la Planilla FIM), dado que para las mismas no está contemplado otorgar dependencia.



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

Documentación Respaldata:

- **Fotocopia de inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación para Personas con Discapacidad (SNR) vigente, con categorización y habilitación**, según corresponda.

Solo se aceptarán prestadores con Registro Nacional de Prestadores vigente.

No se dará curso a pedidos de prestadores sin este requisito **(Sin excepción)**

-**Habilitación Municipal**

-**Inscripción en AFIP.**

-**Ingresos Brutos**

- **Constancia de excepción de retenciones de poseerla**

TERAPIAS (prestadores individuales):

Deberán presentar presupuesto en original con Plan de tratamiento y **acompañado de la planilla correspondiente en los anexos del presente** detallando:

-Modalidad de la prestación

-Vigencia de la prestación.

-Detalle de días, **especificando los días de la semana de atención y horarios** y cantidad de sesiones por semana y por mes.

Importe mensual y por sesión.

-Debe indicar en el mismo: domicilio, teléfono, e-mail, sello y firma del profesional tratante.

Fotocopia del Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud actualizado para todos los profesionales: de no poseerlo no se autorizara la prestación.

- Inscripción en AFIP

- Ingrsos Brutos

- Constancia de excepción de retenciones de poseerla

Apoyo a la Integración Escolar

(Equipo o Maestro de Apoyo), es imprescindible presentar:

- presupuesto en original con Plan de tratamiento y **acompañado de la planilla correspondiente en los anexos del presente**

- Constancia de alumno regular.

- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia.

- Acta acuerdo firmada en original por un representante del equipo de la Integración Escolar o del profesional a cargo del tratamiento en caso que corresponda el módulo de maestro de apoyo, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el titular de la Obra Social.

Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar

- Instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar por SNR



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUÍMICAS Y PETROQUÍMICAS
INSCRIPCIÓN RNOS 1-1870-5

- Escuelas Especiales.

-Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo:

- Profesionales psicopedagogos, Profesor en Educación Especial o Lic. De Ciencias de la Educación

ESTIMULACION TEMPRANA

Podrá ser brindada solo por:

- Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditado para tal fin.

Transporte

- Deberán presentar presupuesto original, con firma del prestador y constancia de CUIT. Junto con las planillas correspondientes que se encuentran en los anexos del presente.

- Presupuesto (se adjunta proforma) y mapa con recorrido justificando la cantidad de km :

Domicilio de partida , domicilio de destino .

Valor de Km, cantidad de Km diarios y mensuales.

Costo: por Km y Mensual.

Estos datos deberán constar en las facturas emitidas por el prestador de servicios, ajustándose estrictamente a los valores y kilómetros presupuestados, salvo cambio de valores de referencia dispuestos por el Ministerio de salud.

- Habilitación / seguro / registro profesional.

- Inscripción en AFIP

- Ingresos Brutos

- Constancia de excepción de retenciones de poseerla

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 Exento

- 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.

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**UIMICAS **Y** **P**ETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

ANEXOS y PROFORMAS



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

Planilla de control de Asistencia

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

CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO

Sres.
A quien corresponda:

De mi consideración,

Por la presente me dirijo a Uds. a los efectos de dar mi conformidad por las prestaciones brindadas por la Obra Social del Personal de Industrias Químicas Y Petroquímicas a con DNI N°, en el transcurso del año 201....

Firma:.....

Aclaración.....

DNI:.....

Parentesco:.....



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

Proforma presupuesto transporte

Buenos Aires.....

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

Nos dirigimos a Uds. a los efectos de comunicarles que el
Transporte, traslada diariamente ida y vuelta desde su
domicilio.....hasta

Afiliado:

DIN.....

Nº beneficiario

Diagnostico:.....

Cantidad de Km x día (ida y vuelta) = kms.

Cantidad de Km x semana (5 días) = kms

Cantidad de Km x mes (22 días) =kms

Valor Vigente Ministerio de Salud por Km según resolución Nº.....- \$.....-

Se calcula un valor estimado de:

Por día \$

Por semana \$

Dependencia: si / no \$..... (Debera presentar escala de FIM para su justificacion)

Total a facturar mes de \$

Sin otro particular y a los efectos de ser presentado a las autoridades correspondientes se extiende el presente presupuesto.

Saludamos atte.

Firma del Responsable del Transporte



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRIPCION 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	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
		FECHA 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 items mencionados ut-supra.
 - Falta de progresos significativos en el aprendizaje
 - Modificaciones importantes en la conducta.

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



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

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones _____

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____



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

DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)
---	-------------------	-------------------	--------------------

Período Ciclo Lectivo, Desde: _____

Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp						
Esp						
Esp						

Observaciones _____

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____

Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____



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

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE
DIAGRAMA DE TRASLADOS
CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	-------------------

Dependencia (S/N): _____

Monto mensual (\$) _____

Periodo traslados, Desde: _____

Hasta: _____

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones _____

Firma Responsable del Transporte _____

Aclaración: _____

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____

Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____