



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

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

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

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 2022.

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.
- 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.

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 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)



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

- - 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.
- 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.

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, licencia de conducir.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.



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

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:

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 facturación:**

- En casos institucionales certificados de alumno regular o planilla de asistencia. **DDJJ informe mensual**
- 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. **DDJJ informe mensual**
- En el caso del transporte planilla de viajes igual que el caso anterior. **DDJJ**

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.-



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

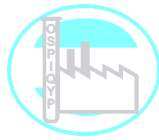
LAS FACTURAS DEBERAN SER PRESENTADAS DEL 1 AL 10 DE CADA MES , NO DEBERAN ATRASARSE CON LA ENTREGA YA QUE EL SISTEMA DE INTEGRACION SOLO PERMITE LA CARGA DE DOS MESES DE PRESTACIONES HACIA atrás.

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

ANEXO II – 2.

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

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

DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES- PROFESIONALES)
PRESTACIÓN BRINDADA EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO

Mes _____ de _____

En contexto de medida de "AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO", DECNU -2020-297-APN-PTE

NOMBRE Y APELLIDO:

NRO. DE DNI

NRO. DE BENEFICIARIO O AFILIADO

ORDEN DE ATENCIÓN
(en caso de corresponder)

Número

Fecha de Emisión

¿QUE PRESTACION BRINDÓ DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?

<input type="checkbox"/> HOGAR	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN	<input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR:
<input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA	<input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	<input type="checkbox"/> CENTRO DE APRESTAMIENTO LABORAL	<input type="checkbox"/> MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	<input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	<input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE APOYO	<input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA	<input type="checkbox"/> REHABILITACION HOSPITAL DE DIA	<input checked="" type="checkbox"/> INICIAL
<input type="checkbox"/> MODULO INTEGRAL SIMPLE	<input type="checkbox"/> MAESTRO DE APOYO			<input checked="" type="checkbox"/> PRIMARIA
				<input checked="" type="checkbox"/> FORMACIÓN LABORAL

PRESTACION NO BRINDADA
MOTIVO:

ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA

SIMPLE

LUNES A VIERNES

OTRA – ESPECIFICAR:

DOBLE

PERMANENTE

ESPECIFICAR LA MODALIDAD A TRAVÉS DE LA CUÁL BRINDÓ LA PRESTACIÓN EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO

MATERIAL IMPRESO MAIL VIDEOLLAMADA PRESENCIAL TELEFÓNICA OTRA ESPECIFICAR

¿DESDE EL ESTABLECIMIENTO SE BRINDÓ EL SERVICIO DE ALIMENTACION A DOMICILIO?

IF-2020-25794811-APN-GCP#SSS



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

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO MOTIVO: _____
-----------------------------	---

EN EL CASO EN QUE EL BENEFICIARIO RESIDA EN UN HOGAR/RESIDENCIA: ¿FUE RETIRADO POR SUS FAMILIARES O RESPONSABLES A CARGO DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO SOCIAL Y OBLIGATORIO?	
<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	
¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE?	
<input type="checkbox"/> SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS _____	
<input type="checkbox"/> NO	

CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA	
SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA	SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA
FECHA: ____/____/____	FECHA: ____/____/____ Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada La misma se incorporará al legajo del beneficiario
FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR	FIRMA DEL PRESTADOR:
ACLARACION:	ACLARACION:
DNI:	DNI:



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

DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR DE TRANSPORTE
PRESTACIÓN BRINDADA EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO

Mes _____ de 2020

En el contexto de la medida de "AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO" (Dec N° 297/20)

NOMBRE Y APELLIDO:

NRO. DE DNI

NRO. DE BENEFICIARIO O AFILIADO

ORDEN DE ATENCIÓN
(en caso de corresponder)

Número

Fecha de Emisión

¿BRINDÓ LA PRESTACIÓN DE TRANSPORTE DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?	<input type="checkbox"/> SÍ
	<input type="checkbox"/> NO MOTIVO: _____
¿QUÉ TIPO DE ASISTENCIA BRINDÓ?	TRASLADO DE:
	<input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS: _____

CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA

SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA	SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA
FECHA: ____/____/____	FECHA: ____/____/____ Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La presente se incorporará al legajo del beneficiario FIRMA DEL PRESTADOR:
FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR ACLARACION: DNI:	ACLARACION: DNI:

IF-2020-25795858-APN-GCP#SSS



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			



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)	CON AYUDA
1	Asistencia Total (Sujeto = 0% ó más)	
		FECHA
		ADMISION REEVALUAC CIERRE

CUIDADO PROPIO

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

CONTROL DE ESFINTER

- G Manejo de Vejiga
- H Manejo de Intestino

MOVILIDAD

Transferencia

- I Cama, Silla, Silla de Ruedas
- J Toile
- 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:

Kinesiología y Fisioterapia

MP:

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					

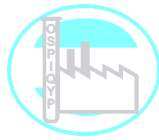
La Institución educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- 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