

## **DISCAPACIDAD**

### **INSTRUCTIVO DEL PROCEDIMIENTO DE ACCESO A LOS SERVICIOS:**

#### **TRÁMITE PARA ALTA Y RENOVACIÓN DE BENEFICIOS:**

Es requisito para la tramitación y curso del expediente la PRESENTACIÓN EN FORMA COMPLETA Y CORRECTA DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CONFORME AL PRESENTE INSTRUCTIVO, caso contrario no se podrá iniciar el trámite.

- 1) El inicio del expediente y/o presentación de la documentación se realiza de forma anual.
- 2) No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con firma y sello.
- 3) En algunos casos el área de discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos establecidos por la normativa vigente.
- 4) La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto por la Ley de Discapacidad Vigente.

#### **REQUISITOS PARA LA PRESTACION:**

- 1) INDICACIÓN MÉDICA ORIGINAL, realizada por el médico especialista.
- 2) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.
- 3) CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE.

#### **TERAPIAS Y TRATAMIENTOS:**

- 1) INFORME del paciente, evolución, objetivos terapéuticos, plan de trabajo realizado por cada profesional.
- 2) PRESUPUESTO según nomenclador de discapacidad.
- 3) REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES de cada profesional matriculado.
- 4) GRILLA SEMANA con horarios y actividades del paciente.

#### **INSTITUCIONES:**

- 1) INFORME del paciente, evolución, objetivos terapéuticos, plan de trabajo realizado por cada profesional.
- 2) PRESUPUESTO según nomenclador de discapacidad
- 3) HABILITACIÓN del Servicio Nacional de Rehabilitación con la CATEGORIZACIÓN.
- 4) GRILLA SEMANA con horarios y días de actividades del paciente.

### **INTEGRACIÓN ESCOLAR:**

- 1) INFORME del paciente refiriendo necesidad pedagógica y objetivos propuestos.  
Adecuación curricular. PLAN DE INTEGRACIÓN e INCLUSIONES.
- 2) TÍTULO de profesionales tratantes
- 3) REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
- 4) PRESUPUESTO según nomenclador de discapacidad.
- 5) ACTA ACUERDO BILATERAL con firma de los responsables.
- 6) GRILLA SEMANAL con los horarios, días de concurrencia de la maestra con su respectiva materia o área. Firmado por los responsables.

### **TRANSPORTE:**

EL TRANSPORTE DEBE ESTAR INDICADO EN EL CUD VIGENTE

- 1) PRESUPUESTO del viaje que realiza, tomándose la distancia más corta entre domicilio del afiliado y su lugar de tratamiento indicando: KILÓMETROS POR VIAJE IDA Y VUELTA, KM SEMANAL Y MENSUAL.
- 2) En caso de realizar varios traslados discriminar claramente el destino, km, presupuesto de cada uno y precio final.
- 3) GPS IMPRESO con los recorridos.
- 4) HABILITACIÓN Y PÓLIZA DE SEGURO VIGENTE.
- 5) GRILLA SEMANA con los horarios y días de traslado.

### **NOTA:**

La prestación de ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO NO ESTÁ CONTEMPLADO EN LAS PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD, por lo tanto O.S.P.M. no tiene cobertura.

De todas las prestaciones tiene que haber un consentimiento informado firmado por padres o tutor.

### **CENTROS DE ORIENTACIÓN, COORDINACIÓN Y AUTORIZACIONES:**

Para solucionar problemas que puedan presentarse, aclarar dudas y pedir sugerencias, comunicarse con Sede Central o a las delegaciones que están a disposición de los afiliados de lunes a viernes de 10 a 18 Horas. En los siguientes teléfonos.

**SEDE CENTRAL QUIRNO 89 CABA TEL. 0800-999-1255 // 4619-0208 / 0210**

FILIAL 1 – C.A.B.A.	4553-0890
FILIAL 2 – ZONA NORTE	4733-3652
FILIAL 4 – ZONA OESTE	1159805733
FILIAL 5 – LA PLATA	0221 438-4015
FILIAL 6 – CÓRDOBA	0351 421-7865
FILIAL 7 – TUCUMAN	0381 5603504
FILIAL 13 – CONCORDIA	0345 421-1931
FILIAL 15 – CHACO	0362 416-6381
FILIAL 16 – MENDOZA	0261 154727745
FILIAL 17 – BAHÍA BLANCA	0291 455-3394
FILIAL 19 – ROSARIO	0341 438-6651
FILIAL 24 – SALTA	0387 436-0715
FILIAL 40 – JUJUY	0388 427557
FILIAL 45 – FORMOSA	0370 421111

E-MAIL O.S.P.M.

[info@osmosaista.com.ar](mailto:info@osmosaista.com.ar)