



# **PLAN ANUAL 2025**

**GUÍA DE DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD  
PRESTACIONAL PARA LOS AFILIADOS**

**El presente documento deberá ser firmado por madre/ padre  
o tutor de la persona con discapacidad**

## **CONSIDERACIONES**

El presente documento es para todos los usuarios que soliciten prestaciones para el año 2025, referida a prestaciones encuadradas en las leyes relacionadas a discapacidad.

Ante cualquier duda o consulta puede contactarse vía mail:

[discapacidad.ospedyb@gmail.com](mailto:discapacidad.ospedyb@gmail.com)

O vía telefónica al **É I Á Á F H I I Á G Í**

Lo que respecta a pedidos de medicaciones y/o insumos se canaliza por el sector de Auditoría Médica.

LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA DEBE ESTAR COMPLETA PARA SER AUDITADA POR LA OBRA SOCIAL, de acuerdo al "Plan Anual OSPEDYB 2025".

LA RECEPCIÓN DE LEGAJOS NO IMPLICA LA APROBACIÓN DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA.

No se aceptará el formato FOTO para el documental.

**Las planillas de conformidad de prestaciones se deberán firmar sobre prestaciones que se hayan brindado realmente.**

Para las prestaciones con dependencia se deberá presentar informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) e informe del Prestador indicando los apoyos que se brinden. El formulario debe ser confeccionado por médico tratante o Lic en Terapia Ocupacional.

En los casos que, posterior a la aprobación del plan anual soliciten la autorización de nuevas prestaciones, deberán presentar cronograma actualizado acompañada de la documentación específica.

Toda prestación médica indicada por el profesional de cabecera de la persona con discapacidad deberá justificar los requerimientos con las

planillas correspondientes, de acuerdo al marco normativo de Discapacidad.

Los profesionales que brinden las prestaciones a las personas con discapacidad deberán firmar de forma excluyente las normas de facturación y el acuerdo prestacional previo a brindar la prestación.

Las planillas de asistencia serán firmadas por las personas con discapacidad, en el caso que no pudieran, lo realizarán familiares o tutores.

En aquellos casos en que el Equipo Interdisciplinario de OSPEDYB considere necesario convocar (vía meet/presencial) a las familias/profesionales (para analizar los pedidos de prestaciones), se coordinará el día y horario con anterioridad.

Los afiliados que sean monotributistas tienen la obligación de presentar mensualmente el comprobante de pago que acredite estar al día.

En aquellos casos en que los prestadores presenten algún inconveniente con la Obra Social, serán los mismos quienes deberán contactar con el Agente de Servicios de Salud, debido a que las familias no tienen la obligación de tomar quejas y/o reclamos.

Toda situación de pedidos, reconsideración de temas vinculados a los prestadores, serán los mismos prestadores que se deberán contactar con la obra social. No se aceptarán bajo ninguna circunstancia de las familias.

La familia se compromete a presentar las constancias de matrícula en donde conste el CUE (clave única de establecimiento).

A su vez puede presentar la constancia de alumno regular antes del inicio lectivo 2025, así como también hasta 60 días de iniciado el ciclo lectivo.

### **Plazos de respuesta de pedidos de autorizaciones de legajos 2025**

Al momento en que el Equipo Interdisciplinario de Casa Central reciba el legajo completo, tendrá un mínimo de 15 días para dar respuesta al pedido de autorizaciones de las prestaciones.

La Obra Social realizará auditorías de terreno a los prestadores que brinden prestaciones a las personas con discapacidad, así como también se realizarán encuestas de satisfacción a las familias respecto a la calidad de las prestaciones que reciben, para verificar el cumplimiento del “Programa de garantía de la calidad de la atención”.

Toda nueva carpeta y o pedido de prestación se deberá hacer sobre prestadores de cartilla.

Si el/la afiliada finalice la autorización y no tenga la documentación del plan anual 2025, se deberá contactar con el equipo para evaluar una extensión provisoria de autorización.

**Importante:**

Nombre y apellido del beneficiario/a:

Delegación:

Fecha:

**Firma y aclaración de madre/padre/ tutor**

Modelo de leyendas de las órdenes médicas (ejemplos)

R/P

Fecha: 01/01/2000

Apellido y nombre del afiliado: Juan Paso

DNI: 11223345

Obra social

Solicito acompañante terapéutico, carga horario X por día de lunes a viernes.

Periodo de Enero a Diciembre 2024.

Diagnóstico: xxxxxx

R/P

Fecha: 01/01/2000

Apellido y nombre del afiliado: Juan Paso

DNI: 11223345

Obra social

Solicito transporte especial escuela/ terapias, desde 8y Montes de oca 1731 CABA, hasta Independencia 300 CABA

De lunes a viernes.

Periodo enero a diciembre 2024.

Diagnóstico: xxxxxx

R/P

Fecha: 01/01/2000

Apellido y nombre del afiliado: Juan Paso

DNI: 11223345

Obra social

Solicito Módulo integral simple de rehabilitacion.

Psicología 2 sesiones semanales

Psicopedagogía 2 sesiones semanales.

Periodo de Enero a Diciembre 2024

Diagnóstico: xxxxxx

R/P

Fecha: 01/01/2000

Apellido y nombre del afiliado: Juan Paso

DNI: 11223345

Obra social:

Solicito Módulo integral intensivo de rehabilitacion.

Psicología 2 sesiones semanales

Psicopedagogía 2 sesiones semanales.

Fonoaudiología 2 sesiones semanales

+ Prestaciones

Periodo de Enero a Diciembre 2024

Diagnóstico: xxxxxxx