

INDICE GENERAL

1 - Teléfonos Importantes	3
2 - Norma de Cobertura de los Servicios	5
3 - Prestadores	23
3.1 CABA Y GBA	25
CABA	25
ZONA NORTE y NOROESTE	28
ZONA OESTE	30
ZONA SUR	33
3.2 INTERIOR	37
CORDOBA	37
MAR DEL PLATA	37
PERGAMINO	37
ROSARIO	38
SANTA FE	38

- **ACCESO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: IVE/ ILE**

La Ley 27.610 regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postaborto de todas las personas con capacidad de gestar

Comunicate al: 4612-2000 Auditoria Médica

Horario: Lunes a Viernes de 9 a 18 hs

- **VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

la Ley 27.696 incorpora al Programa Médico Obligatorio la cobertura integral para las personas víctimas de violencia de género.

Comunicate al: 4612-2000 Auditoria Médica

Horario: Lunes a Viernes de 9 a 18 hs

- **ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE NIÑECES y ADOLESCENCIAS TRANS, TRAVESTIS y NO BINARIES**

El reconocimiento y respeto de la identidad de género a lo largo de toda la vida es un derecho humano garantizado por la Ley 26.743

Comunicate al: 4612-2000 Auditoria Médica

Horario: Lunes a Viernes de 9 a 18 hs

**SERVICIO DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y
CONSULTAS MÉDICAS A DOMICILIO (24 HS.)**

0800-333-1147

CENTRO DE DERIVACIÓN PSIQUIÁTRICA

0810-345-0521

**ODONTOLOGÍA
CONSULTAS Y AUTORIZACIONES**

4612-2000/2008

ATENCIÓN AL AFILIADO LOS 365 DÍAS DEL AÑO

0810-333-4485

TELÉFONOS IMPORTANTES

CENTRO DE ORIENTACIÓN Y/O COORDINACIÓN DE SERVICIOS

SEDE CENTRAL

Culpina 25/31 - CABA
Tel: 4612-2000 / 4612-3498
info@osoetsylra.org
Responsable: Oriana Santamaria

SEDE SAN JUSTO

Juan Florio 3443
Tel: (011) 2117-6073 / 2119-5422
admsanjusto@uoetsylra.org
Responsable: Yanina Acosta

SEDE SAN MARTIN

Sarmiento 1921- San Martín - Prov. de Bs. As.
Tel: (011) 4754-3766
admsanmartin@uoetsylra.org
Responsable: Vanesa Rodriguez

SEDE BANFIELD

VEITES 211 Banfield - Prov. de Bs. As.
Tel: 5239-8833
admquilmes@uoetsylra.org
Responsable: Victoria Morinigo

SEDE PERGAMINO

Bv. Rocha 48/52 - Pergamino - Prov. de Bs. As.
Tel: (02477) 44-4857 / 42-3838 / 42-2554
Responsable: Nancy Smith

SEDE MAR DEL PLATA

Buenos Aires 2637 - Mar del Plata - Prov. de Bs. As.
 Tel: (0223) 494-3773 / (0223) 491-3626
admardelplata@uoetsylra.org
 Responsable: Vanina Arce

SEDE ROSARIO

Laprida 1058 - Rosario - Prov. de Santa Fe
 Tel: (0341) 447-3471
admrosario@uoetsylra.org
 Responsable: Yamila Ferraro

SEDE CORDOBA

Sarmiento 1043 Bº General Paz - Prov. de Córdoba
 Tel: (0351) 425-2445
admcordoba@uoetsylra.org
 Responsable: FLORENCIA DEMO

SEDE MENDOZA

Perú 679 - Prov. de Mendoza
 Tel: 0261-4291408
admmendoza@uoetsylra.org
 Responsable: Alejandro Oreste

SEDE TUCUMAN

Crisóstomo Alvarez 941- San Miguel de Tucumán
 Tel: (0381) 421-7596
admtucuman@uoetsylra.org
 Responsable: Claudia Romano

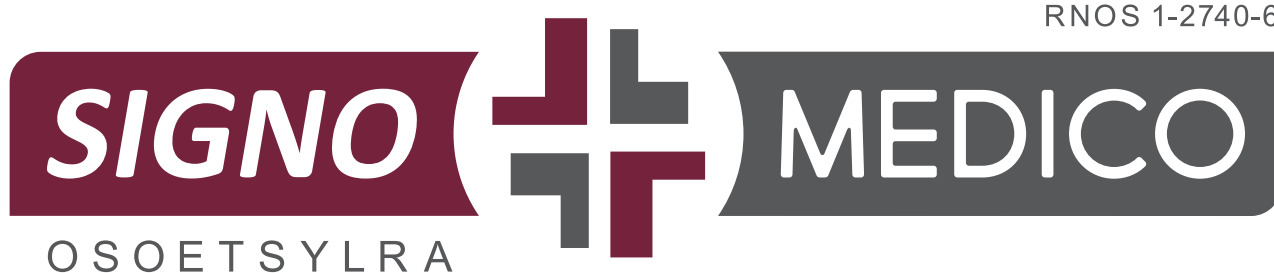
SOPORTE APP EN TU CELULAR

CEL 116720-4552

La Superintendencia de Servicios de Salud, tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país, consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10.00 hs a 17.00 hs, llamando al 0800-222-72583.

NORMA DE COBERTURA

de los Servicios



CARACTERÍSTICAS

Los asociados de la O.S.O.E.T.S.Y.L.R.A. se rigen exclusivamente por sistema cerrado y libre elección de profesional dentro del Cuerpo Médico no necesita bonos para su atención en consulta, solamente tiene que presentar su documento de identidad y credencial que acredita la vigencia de su asociación a la Obra Social. El sistema cerrado consiste en que todos los servicios deberán ser solicitados y realizados por médicos, profesionales o instituciones sanatorias incorporados a la nómina de prestadores de la O.S.O.E.T.S.Y.L.R.A. vigente al momento de requerir atención, pudiendo utilizar también los Hospitales Públicos.

DOCUMENTACIÓN

El asociado que ingresa a la O.S.O.E.T.S.Y.L.R.A. recibe la siguiente documentación: Credencial virtual o física según el caso de identificación personal, Manual del Asociado, Cartilla Médica y Vademecum de Medicamentos.

Para ingresar al programa de discapacidad deberá presentar el Certificado Unico de Discapacidad vigente (CUD) que acredite la misma con los requisitos de ley. Cada jurisdicción tiene una sede para que puedas gestionar tus autorizaciones o cualquier tipo de trámite como también puedes efectuarlos por teléfono, celular, email en forma rápida y sin traslados

CREDENCIAL

La credencial de identificación personal otorgada por la O.S.O.E.T.S.Y.L.R.A. es el instrumento que, acompañado por el documento de identidad, acredita el carácter de asociado y lo habilita para la utilización de los servicios. La credencial virtual se descarga a través de la **App** <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.signomedico.app> de tu celular en forma rápida y segura siguiendo los pasos de la misma.

Las órdenes para prácticas, estudios consulta de prestadores de Cartilla por especialidad o por cercanía pueden ser gestionados y consultados a través de la **App** <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.signomedico.app> es decir puedes efectuar autorizaciones desde tu celular en forma rápida y segura siguiendo los pasos de la misma de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 27.553 y Resolución 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación

La credencial es de carácter personal e intransferible. Su adulteración o uso indebido dará lugar a las denuncias y acciones correspondientes.

En caso de extravío de la credencial física el socio titular deberá comunicarlo fehacientemente y de inmediato a la O.S.O.E.T.S.Y.L.R.A. al teléfono 4612-2000 quien repondrá la misma. Verifique que los datos impresos en su credencial sean correctos. Llévela siempre consigo.

ACTUALIZACION DE CARTILLA

Mensualmente se relevan prestadores en forma telefónica o mediante auditoria de terreno, con la misma periodicidad. La Cartilla Médica puede ser sujeta a modificaciones por altas y bajas de prestadores y normativa vigente, las mismas serán comunicadas a sus afiliados con la impresión y entrega de las modificaciones que podrán retirar en la sucursal más cercana o visitando nuestra página web www.osoetsylra.org. También aparecerán automáticamente en la **App** de los celulares de los beneficiarios, en la que te indica lugares de atención ambulatoria, internación, farmacias etc por especialidad y por cercanía.

ATENCION DISCAPACIDAD

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por Resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

Entiéndese por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el artículo 2° de la ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables su integración familiar, social, educacional o laboral.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

El Plan Médico Asistencial de O.S.O.E.T.S.Y.L.R.A. está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino como una estrategia de organización de los servicios sanitarios.

Se provee de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando su atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de sus cuidados, y donde los beneficiarios referidos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los de los demás proveedores de servicios, quienes están obligados a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud, en su recuperación y en su rehabilitación.

Se sostienen los principios de: privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas y por lo tanto reforzar las acciones de prevención; brindar una cobertura integral, es decir, un abordaje biopsico-social de los problemas de salud; asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, a fin de garantizar la salud de la población en especial en emergencias sociales en donde hay que adoptar todas las medidas necesarias para que el número de personas vulnerables a enfermedades transmisibles y no transmisibles no aumente, conforme a la Resolución 201/02 MS, Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica, promoviendo el Programa Vigilancia de Salud y Control de Enfermedades (VIGIA).

Se asegura la consulta en consultorio e internación. Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Nuestro equipo interdisciplinario efectuara u abordaje con acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal.

El acceso al equipo interdisciplinario es automático a la presentación del CUD, siendo contactado por el mismo telefónicamente y comenzando con el trabajo interdisciplinario como multidisciplinario. El afiliado tendrá una línea directa telefónica para contactar al mismo como un email de referencia.

La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado se pronosticara estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y en concordancia con la ley. Este mismo equipo cuando el beneficiario presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación lo orientara a servicios específicos, así también presente evidentes signos de detención o estancamiento en su cuadro general evolutivo, en los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios, y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario lo orientara invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades. Asimismo, cuando ante la presencia de signos de evolución favorable, se orientara a un servicio que contemple su superación.

- **Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario:** El Contacto del equipo interdisciplinario es mediante correo electrónico integracion@osoetsylra.org y/o telefónicamente al 4612-2000 será derivado al sector. El equipo se contactará con ellos, por vía whatapp o telefónica, para coordinar el día y horario de los turnos para su evaluación.

PRESTACIONES PREVENTIVAS

Se incluyen programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

La madre y el niño tendrán garantizados desde el momento de la concepción, los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social. En caso de existir además, factores de riesgo, se extremaran los controles, asistencia, tratamientos y exámenes complementarios necesarios, para evitar patología o en su defecto detectarla tempranamente. Si se detecta patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el período perinatal, se pondrán en marcha además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar.

En todos los casos, se contempla el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar

PRESTACIONES DE REHABILITACION

OSOETSYLRA garantiza aquellas prestaciones que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado siempre por nuestro equipo multidisciplinario, contribuye a la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que nuestros beneficiarios, alcancen el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello recursos humanos y técnicos. Se brinda cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con nuestros recursos humanos, metodologías y técnicas que fuere menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

PRESTACIONES TERAPEUTICAS EDUCATIVAS

La OSOETSYLRA implementa acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo. Siempre evaluadas y coordinadas por nuestro equipo interdisciplinado

PRESTACIONES EDUCATIVAS

Se garantiza al beneficiario prestaciones educativas que desarrollan acciones de enseñanza-aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada, para ser realizarlas en un período predefinido e implementarlas según indicación de nuestro equipo interdisciplinario conforme requerimientos de cada tipo de discapacidad. Comprende la escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros.

SERVICIOS ESPECIFICOS

Contamos con un equipo interdisciplinario para poder brindar los servicios específicos en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar. Contamos con prestadores de cartilla para brindar los mismo pero también se contemplan los efectores que quiera concurrir el beneficiario siempre que cumpla con la debida inscripción en el NRP.

-ESTIMULACION TEMPRANA: A través de la estimulación temprana como proceso terapéutico-educativo se pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño o niña con discapacidad.

-EDUCACION INICIAL: Se privilegia el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para ello. El equipo interdisciplinario prima la inserción del beneficiario dentro de un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

-EDUCACION GENERAL BASICA: se privilegia la educación general básica como proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común conforme la indicación médica. El programa escolar deberá responder a lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.

-FORMACION LABORAL: La OSOETSYLRA entiende a la Formación laboral como el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. El proceso de capacitación es de carácter educativo y sistemático y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada.

-CENTRO DE DIA: Conforme indicación médica y con el seguimiento del equipo interdisciplinario se brinda la prestación Centro de Día al niño o niña, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

-CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO: Conforme indicación médica y con el seguimiento del equipo interdisciplinario se brinda la prestación Centro educativo terapéutico para la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños, niñas y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

-CENTRO DE REHABILITACION PSICOFISICA: Conforme indicación médica y con el seguimiento del equipo interdisciplinario se brinda la prestación de Centro de rehabilitación psicofísica en Instituciones especializadas en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, a fin de estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes.

-REHABILITACION MOTORA: Conforme indicación médica y con el seguimiento del equipo interdisciplinario se brinda la prestación de Rehabilitación motora como una prestación que tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motor. Se brinda:

- a) Tratamiento rehabilitatorio: destinado a discapacidades ocasionada por afecciones neurológicas, osteo-articulomusculares, traumáticas, congénitas, tumorales, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, vasculares o de otra causa.
- b) Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas u otros aparatos ortopédicos

ODONTOLOGIA

Cobertura odontológica integral, que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación. En aquellos casos que fuere necesario, se brindará cobertura de un anestesiista.

ATENCION PSIQUIATRICA

La atención psiquiátrica se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean estos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación. Se garantiza la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social.

NIVELES DE ATENCION

1.— NIVEL DE CONSULTA MEDICA:

1.1.— CONSULTA MÉDICA EN REHABILITACIÓN FÍSICA

2.— NIVEL DE ATENCION Y TRATAMIENTO

2.1.— MODALIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA.

2.1.1.— Atención ambulatoria Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación
- Consultorios de rehabilitación de Hospitales
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación.
- Consultorio Particular.

Comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia - Kinesiología
- Terapia ocupacional.
- Psicología
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Y otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente.

Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes.

2.1.2.— Módulo: Hospital de Día: Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas (motoras y sensoriales) que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación
- Centros de Rehabilitación.

El Módulo incluye honorarios profesionales (Consultas e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamientos necesarias para su rehabilitación. El hospital de día de media jornada incluye colación y el almuerzo en el de jornada doble.

2.1.3.— Centro de Día: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad. Destinado a Niños, niñas, jóvenes y/o adultos con discapacidades severas y/o profundas, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

Modalidad de cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

2.1.4.—Módulo Centro Educativo-Terapéutico: El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Asimismo comprende el apoyo específico de aquellos discapacitados cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera. Destinado a discapacitados mentales (psicóticos, autistas), lesionados neurológicos, parálisis cerebrales, multidiscapacitados, etc., entre los 4 y los 24 años de edad.

Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraturno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

2.1.5.— Módulo de Estimulación Temprana. Destinado a Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar en Centros de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

2.1.6.— Prestaciones Educativas

2.1.6.1.— Educación Inicial : Escuela de educación especial y/o escuela de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

2.1.6.3.— Apoyo a la Integración escolar: Apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse con equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.

Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consutorio, en domicilio, en forma simultáneo y/o sucesiva, según corresponda.

2.1.6.4.— Formación laboral y/o rehabilitación profesional: Centros o escuelas de formación laboral especial o común. Centros de Rehabilitación profesional. Destinada a Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y los 24 años de edad cronológica aproximadamente. Las personas con discapacidad adquirida podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

Modalidad de Cobertura: Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

2.2.— MODALIDAD DE INTERNACIÓN:

2.2.1.— Módulo de internación en Rehabilitación: Atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitantes que hayan superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación con internación.

2.2.2.— Módulo Hogar: Hogares que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. El Hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

Modalidad de cobertura:

- Módulo de alojamiento permanente.
- Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

La prestación de hogar puede combinarse con las otras modalidades de prestaciones ambulatorias

2.2.3.— Residencia: Residencias destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. Destinada a Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema. Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad.

Modalidad de cobertura:

- Módulo de alojamiento permanente.
- Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

2.2.4.— Pequeño Hogar: Unidad habitacional es el recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio o continente. Destinado a Niños y adolescentes discapacitados entre 3 y 21 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.

Modalidad de cobertura:

- Módulo de alojamiento permanente.
- Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

2.3.— MODALIDAD DE PRESTACIONES ANEXAS:

2.3.1.— Prestaciones de Apoyo: Ambulatoria. Atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. La misma será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente. El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal conforme Resolución 428/1999

2.3.2.— Transporte: traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, Art. 22. inc. a).

PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES

• Procedimiento de autorizaciones:

Para solicitud de pedidos de autorizaciones remitir correo electrónico a la casilla de correo integracion@osoetsylra.org con la siguiente documentación:

1 - Debe presentar el CUD Certificado Único de Discapacidad con fecha vigente, DNI de quien requiere la prestación y DNI del titular.

2 - Presentar Resumen de Historia Clínica y la orden médica del médico tratante: Neurólogo, pediatra o psiquiatra.

3 - Infra se detallan las prestaciones que requieren la presentación de Formularios

Todos los formularios que se requieran podrán ser solicitados mediante correo electrónico a la casilla descripta y/o retirados en forma personal en CULPINA 25 CABA.

Al completarlos deberán poseer FECHA DE EMISIÓN y FIRMA DEL MEDICO QUE PREESCRIBE. Una vez completados deberá remitirlos junto con la documentación indicada en ptos 1 y 2 a la casilla de correo integracion@osoetsylra.org

En algunos casos si fuera necesario el área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

En los casos en los que se produzca (por diferentes circunstancias) un cambio de profesional actuante, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, nota explicando los motivos del cambio.

INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO DE APOYO)

- Presupuesto (se adjunta modelo)
- Acta Acuerdo (se adjunta modelo): la misma deberá ser firmada por las tres partes, titular de la Obra Social, escuela común y maestra integradora o institución que cede a la profesional.
- Fecha tope de presentación 28 de Febrero de cada año calendario.
- Proyecto de Integración: debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos y debe estar firmado por la profesional independiente que realizar la integración y/o la institución que cede a la maestra integradora.
- Consentimiento Informado (se adjunta modelo).

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN

(SÓLO SI SE SOLICITA LA PRESTACIÓN)

La Institución/Equipo _____

se compromete a realizar la integración del/la niño/a _____

bajo la responsabilidad de la Maestra Integradora: _____

LUGAR DONDE SE REALIZA LA INTEGRACIÓN: _____

DÍAS de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: _____

HORARIO de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: _____

DÍAS de concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: _____

HORARIO concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: _____

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y consentimiento a los _____ días del mes de _____
de 20 _____

Firma y sello _____

Establecimiento Educativo Común

Firma y sello _____

Equipo/Maestro de apoyo

Firma y Aclaración _____

Titular de la Obra Social

POR FAVOR COMPLETAR TODAS LAS FIRMAS

Maestra de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación/ Especificidad: **Maestra de apoyo para la integración escolar**

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Actividad Aulica (Maestra de Apoyo)

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

Sita en la Calle N° de la Ciudad de

Días y horarios

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

**Firma, Aclaración y Sello
del Profesional**

*Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan
las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud*

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación/ Especificidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Actividad Aulica

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

Sita en la Calle N° de la Ciudad de

Días y horarios

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

Actividad Extra Aulica

1 Confirmación del equipo profesional interviniente:

Nombre y Apellido

Título profesional

Objetivo de la Interención:

*Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan
las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud*

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

2 Nombre y Apellido
Título profesional
Objetivo de la Interención:
.....
.....

3 Nombre y Apellido
Título profesional
Objetivo de la Interención:
.....
.....

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la calle N
de la Ciudad de

Días y horarios

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

**Firma, Aclaración y Sello
del Profesional**

*Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan
las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud*

Página 2

Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Profesionales Individuales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación/ Especificidad:

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Sesión \$ Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Asistencia

Días y horarios

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde						
Hasta						

**Firma, Aclaración y Sello
del Profesional**

*Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan
las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud*

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/a concurre a las terapias acompañado por:
(indicar parentesco)

Datos de la Prestación

Prestación/ Especificidad:

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Sesión \$ Monto Mensual \$

Valor del Módulo \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio donde se brinda la prestación:

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Asistencia

Días y horarios

	lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia												
Terapia												
Terapia												

**Firma, Aclaración y Sello
del Profesional**

Planilla de Asistencia a tratamiento - 20

Adjuntar este Documento en "Original" junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del prestador

Domicilio donde se brinda la prestación:

Dejo constancia que el Afiliado

Ha concurrido a Tratamiento de Durante el mes de

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular a Tratar
Lunes				
Martes				
Miercoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular a Tratar
Lunes				
Martes				
Miercoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular a Tratar
Lunes				
Martes				
Miercoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

**Firma y Sello del
Profesional Tratante**

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

Nº DNI

**Firma y Sello del
Director Institucional**

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada tratamiento que realice el Afiliado y 1 (una) por cada mes.

Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas

Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril) = 2 Planillas

PLAN DE TRATAMIENTO INSTITUCIONES

CONSENTIMIENTO

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

PRESTACIONES A BRINDAR (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Tipo de jornada (simple o doble): _____ Dependencia (s/n): _____

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

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS	lunes		martes		miércoles		jueves		viernes	
HORARIO	DE:	A:	DE:	A:	DE:	A:	DE:	A:	DE:	A:

Observaciones _____

Firma y aclaración del responsable de la institución _____

CONSENTIMIENTO

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

_____ DNI _____

Firma y aclaración beneficiario o representante _____

DNI _____

Lugar y fecha de consentimiento _____

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

PLAN DE TRATAMIENTO ESPECIALIDADES INDIVIDUALES

CONSENTIMIENTO

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Prestación/especialidad (según mecanismo integración)	Cantidad sesiones	Monto sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días Horario	Lunes De / A	Martes De / A	Miércoles De / A	Jueves De / A	Viernes De / A
ESPECIALIDAD					
ESPECIALIDAD					
ESPECIALIDAD					

Observaciones _____

CONSENTIMIENTO

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

_____ DNI _____

Firma y aclaración beneficiario o representante _____

DNI _____

Lugar y fecha de consentimiento _____

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS