



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL CARTÓN Y QUÍMICOS

R.N.O.S. LEY 23660 - 1-1410-9

OBRA SOCIAL DEL PAPEL OSVALDO CRUZ 2075 - (1293) C.A.B.A - T.E. 4126-0900 - FAX 4301-0512 - WWW.OSPAPEL.ORG.AR

INSTRUCTIVO 2024 PARA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD

IMPORTANTE: El inicio del trámite no implica en sí mismo su autorización. Las prestaciones podrán ser brindadas *SOLO* cuando cuenten con autorización emitida por el *ÁREA DE DISCAPACIDAD DE LA OBRA SOCIAL*. El inicio de las prestaciones sin autorización, *NO OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR LAS PRESTACIONES*.

La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado, NO DA DERECHO al profesional a continuar con la prestación, ni obliga a la OBRA SOCIAL a cubrir el pago sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

Ante cualquier irregularidad detectada por el sector de Auditoría, la obra social podrá interrumpir en cualquier momento del año, la prestación autorizada.

Es obligación de los padres comunicar cualquier modificación en el tratamiento o datos de filiación (ej: cambio de domicilio, cambio de teléfono, cambio de situación laboral ,etc)

La documentación general requerida, podrá ser presentada por mail a (areadiscapacidad@ospapel.org.ar) en formato PDF o JPG, debe ser firmada en original.

Las planillas de pedido médico, escala FIM e historia clínica brindados por la obra social son modelos que podrán ser utilizados, como así también se aceptarán confeccionadas por el médico tratante en otros formatos. Las mismas serán evaluadas por Auditoría y para su aprobación deben estar confeccionadas correctamente; sin datos faltantes, tachaduras, corrección sin ser salvada, cambios de lapicera y/o ilegibles. Dichas modificaciones se indicarán a la persona que presenta la solicitud para poder presentar nuevamente y acceder a la misma.

En caso de ser necesario, serán citados a una entrevista virtual, telefónica o presencial por el sector de Auditoría de la obra social.

Es obligatorio presentar toda la documentación requerida *EN FORMA COMPLETA*, para

iniciar el trámite de auditoría.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Del TITULAR, SOLO en caso de que sea monotributista: presentar fotocopia de comprobantes de pago de los últimos 3 meses anteriores a la fecha de inicio del trámite
- Del BENEFICIARIO, Fotocopia del certificado de discapacidad (CUD) VIGENTE o constancia de turno para renovación. Si se vence en el transcurso del año, es responsabilidad de los padres presentar el certificado vigente ante la obra social, para que las prestaciones tengan continuidad.
- Planilla de actualización de datos personales
- Constancia de alumno regular original, indicando turno y grado en que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela y **número de CUE** (debe ser brindado por la escuela)
- Resumen de historia clínica confeccionada por el médico tratante (debe contener fecha, firma y sello médico, descripción integral de condiciones de salud y prestaciones que recibe)
- Declaración jurada de afiliaciones.
- Pedido Médico ORIGINAL firmado por médico tratante, sellado y con número de matrícula (no puede ser realizado por ningún profesional que pertenezca a la institución donde se realiza el tratamiento, tampoco se podrá mencionar y/o sugerir prestadores)
Debe contener nombre completo del beneficiario, siglas de O.S y N.º DNI, solicitud de prestación (Comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad) indicando el período de cobertura (de que mes a que mes y en que año ej: de marzo a diciembre 2024) y frecuencia semanal, la fecha de emisión anterior al pedido solicitado y diagnóstico.

DEL PRESTADOR:

Las prestaciones pueden ser reagrupadas en:

1. PRESTACIONES BRINDADAS POR INSTITUCIONES (Escuelas Especiales, Centros Educativos Terapéuticos, Formación Laboral, Centros de Rehabilitación, Centros de Día, Hogar, etc.)
2. PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN, sesiones brindadas por profesionales independientes (Psicopedagogía, Fonoaudiología, Psicología, etc.)
3. APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (brindada por una institución)
4. MAESTRO DE APOYO (brindada por un profesional independiente)
5. TRANSPORTE

INSTITUCIONES: debe indicar el tipo de jornada Simple o Doble (Ej. EGB, CET, etc., Ej. jornada simple de marzo a diciembre 2024)

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 la Escala FIM, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del Prestador especificando los apoyos que se brindarán

conforme al plan de abordaje individual.

PRESTACIÓN DE APOYO: debe detallar la especialidad, frecuencia semanal (Ej psicología 1 vez por semana). La sesión deberá durar como mínimo 40 minutos, según el nomenclador nacional.

TRANSPORTE: La aprobación del transporte privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. El pedido de transporte especial debe estar **justificado médicamente describiendo cual es la imposibilidad de la persona con discapacidad para moverse en transporte público, es decir cuales son las características que lo limitan a hacerlo**, e indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida y destino. (Ej. transporte especial desde su domicilio a terapias).

DEPENDENCIA: ***SOLO si el transporte cuenta con una persona CELADORA*** que figure en la habilitación. En el caso que se solicite dependencia (necesidad de asistir al paciente) se deberán completar TODOS los campos de la escala FIM por el médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

El FIM no acredita dependencia, ésta será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad.

PRESTADORES: DEBERÁN PRESENTAR

- Presupuesto (debe contener apellido y nombre del afiliado, prestación a realizar (debe coincidir con el pedido médico), cronograma de **días y horarios** en que se brindará la prestación, frecuencia, período de tratamiento, monto según resolución vigente) y domicilio donde se brindará la prestación.

Datos OBLIGATORIOS del prestador (domicilio, teléfono y **e-mail:** toda notificación será enviada a la dirección de correo electrónico informada)

- Informe de evaluación inicial: donde consten los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación, se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación.

- Informe Evolutivo de la prestación, en la cual consten: período de abordaje, modalidad, descripción de intervenciones realizadas, núcleo de apoyo y resultados alcanzados.

- Plan de tratamiento de la prestación con objetivos específicos e individualizados a trabajar con el beneficiario para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada, así como también estrategias de intervención. En los casos de Integración Escolar y de Estimulación Temprana deberá ser firmado por todo el Equipo interviniente detallando el rol de cada profesional y carga horaria de atención)

- Los profesionales deberán presentar Título habilitante.

- Fotocopia de inscripción al Registro Nacional de Prestadores en la SSS, VIGENTE (del profesional y/o institución: categorización de la misma por SNR)

- Constancia de inscripción AFIP.

- Comprobante de CBU del prestador que realice la factura, emitido por el banco.

- Planilla de conformidad de prestación (según modelo adjunto) firmada por los profesionales y persona con discapacidad /familiar responsable / tutor (registro de firmas)

- Informes evolutivos de la prestación brindada, **OBLIGATORIOS**, correspondientes al primer y segundo semestre.

- Conformidad de prestación

Ademas debe completar:

-Conformidad de tratamiento

-Conformidad de Instituciones

Especificaciones de las Prestaciones:

INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRA DE APOYO

INSTITUCIONES CATEGORIZADAS para las modalidades de Educación Especial, Educación General Básica, Centro Educativo Terapéutico con Integración escolar y Equipos debidamente categorizados.

MAESTRA DE APOYO:La misma podrá ser brindada por: un psicopedagogo/a o Profesor/a en Educación Especial. SIN EXCEPCIÓN

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).

IMPORTANTE: El profesional que brinde esta prestación no podrá brindar prestación de apoyo de manera complementaria.

Ademas de los otros requerimientos deberán presentar:

Modalidad de la prestación y carga horaria.

Título y Certificado analítico de materias aprobadas.

Adaptaciones curriculares o proyecto pedagógico individual firmado por todo el equipo interdisciplinario que brinda la prestación.

Acta Acuerdo firmada y SELLADA por el Equipo Integrador o Profesional, la escuela común y el padre, madre o tutor, firmada por la docente especial y los profesionales del equipo interdisciplinario que intervienen, las autoridades de la escuela, la Maestra de grado y los padres. Debe contener sello institucional de la escuela a la cual asiste, especificar grado y turno del alumno, número de CUE de escuela y especificar carga horaria que se va a cubrir con el dispositivo de apoyo.

INTERNACION U HOGAR

Justificación medica que indique los motivos por los cuales el beneficiario debe vivir en un hogar.

Será requisito un informe socio ambiental del beneficiario y su familia, emitido por una trabajadora social.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Deberá ser brindada por un Centro de Estimulación Temprana o Centro de Rehabilitación, habilitado para tal fin, destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 0 a 4 años de edad. Documentación a presentar:

1-Pedido médico.

2-Presupuesto original según valores del último nomenclador vigente.

3-Plan de trabajo: conteniendo los objetivos a alcanzar, firmado por el profesional responsable.

4-Documentación adicional del profesional: -Fotocopia de Título habilitante -Fotocopia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores -Fotocopia de DNI -Constancia de Inscripción de AFIP -Conformidad.

- 5- Documentación adicional del Centro de Rehabilitación / Estimulación Temprana:
- Fotocopia de Categorización por el Servicio Nacional de Rehabilitación.
 - Fotocopia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
 - Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud.
- 6- Comprobante de CBU para efectuar el pago correspondiente.

TRANSPORTE: Requiere indicación médica con resumen de historia clínica y **justificación**, especificando el motivo de salud por el cual se encuentra impositivo de usufructuar del transporte público de pasajeros (ley 24.314 art 22 inc. a).

- Indicar domicilio de origen, domicilio de destino, cantidad de kilómetros recorridos diarios, cantidad de kilómetros recorridos por mes, valor unitario del kilómetro según última resolución, valor total del mes y cantidad de viajes.
- Diagrama de traslados (días y hora).

EN CASO DE SUPERAR LOS 1500 KM MENSUALES TOTAL DE TRASLADO PRESENTAR:

- Certificación policial de domicilio (se realiza también en registro civil).
- Carta de justificación realizada por alguno de los padres, donde se detalle por qué motivo y las causas por las cuales deberá recorrer tantos km hacia la institución seleccionada y no asistir a una más cerca de su domicilio.

- Documentación del Transportista:

- Conformidad transporte
- Conformidad prestación
- Fotocopia del carnet de conducir vigente.
- Fotocopia de la Póliza del Seguro Automotor.
- Fotocopia de Habilitación Municipal Vigente.
- Fotocopia VTV vigente.
- Documentación de celadora (en caso de poseer).
- Impresión de Google Maps con recorrido a realizar ingresando aquí:
www.maps.google.com.ar

En caso de requerir dependencia, deberá completar la escala FIM el mismo médico especialista que solicita el transporte (**solo para transportes especiales** con celadora, NO incluye remis)

Los valores de las prestaciones siempre deben estar sujetos a los aranceles establecidos por la **"Superintendencia de Servicios de Salud"**.

IMPORTANTE: La resolución 428/1999 del Ministerio de Salud indica que: "El máximo de horas de prestación de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales, cuando el caso requiera mayor tiempo de atención, se orientará al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas"

Por esta razón, desde el equipo de Auditoría de la obra social, indicamos que el beneficiario, en ese caso, deberá concurrir a un centro de rehabilitación categorizado para tal fin.

Así mismo, en caso de que al beneficiario se le vayan agregando prestaciones en el transcurso de un tratamiento ya iniciado, el equipo de Auditoría REEVALUARÁ dicho tratamiento, pudiendo modificar la cantidad de las prestaciones y sesiones autorizadas.

Baja o Abandono de Tratamiento Se deberá emitir una nota por mail, firmada por la persona con discapacidad / familiar/ responsable o tutor, argumentando el fin del

tratamiento, con la fecha de la ultima prestación brindada, firmada por el mismo.

FACTURACIÓN

Confeccionadas según normas AFIP, descriptas en la resolución 887-E/2017 presentándose del 1 al 10, dándose como plazo máximo 30 días, transcurrido dicho plazo No se recepcionará la factura, deberán enviarla por mail, junto con la planilla de asistencia mensual, en carácter de DDJJ, por cada prestación, firmada por el prestador y familiar responsable.

Enviar por mail a: facturasdiscapacidad@ospapel.org.ar

Asímismo, los profesionales tratantes de un mismo afiliado,deberán presentar las facturas todos al mismo tiempo, para no demorar en el pago al resto.

Adjuntar a la Factura, el comprobante de la asistencia del paciente para cualquier prestación (Institución y/o Transporte) con la firma de conformidad del Afiliado Titular o familiar responsable (con firma registrada), siendo ésto imprescindible para su autorización.

En el caso de las prestaciones de apoyo, y transporte, la planilla deberá ser diaria, ya que el padre/madre o familiar responsable debe firmar diariamente los días que concurre o se traslada el afiliado.

Los pagos se realizan vía transferencia bancaria aproximadamente a los 45 días después de la entrega de la factura, razón por la cual los prestadores deberán comunicar su CBU y su email.

AQUELLOS PRESTADORES/ PROFESIONALES , UNA VEZ QUE RECIBAN EL PAGO, DEBERÁN ENVIAR POR MAIL EL CORRESPONDIENTE RECIBO SIN EXCEPCIÓN A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE MAIL:

recibos@ospapel.org.ar



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

DECLARACION JURADA DE AFILIACIONES

Lugar:

Fecha:

/ /

Declaro bajo juramento que el/la beneficiario/a (nombre y apellido) _____

_____ con D.N.I. N.º _____ actualmente NO
se encuentra afiliado/a a otro Agente del Seguro de Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria del beneficiario/a dentro de las 72 hs. de producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importara el derecho de la Obra Social del Personal del Papel Carton y Químicos, de disponer la baja inmediata de la afiliación del beneficiario/a; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la Obra Social por la atención del mismo.

Firma del afiliado titular

Nombre y apellido

DNI



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

O.S.P.P.C. Y Q.

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DIAGNOSTICO

ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES TERAPEUTICAS Y/O EDUCATIVAS

VALORACION FUNCIONAL ACTUAL

EVOLUCION DEL CUADRO

Dependencia

SI

NO

Firma y sello del medico tratante



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

PLANILLA DE DATOS FAMILIARES

Lugar:				Fecha:	/	/	/						
DATOS DEL TITULAR													
Nombre y Apellido:				DNI:									
Domicilio:				Localidad y Provincia:									
Mail:			Celular/Teléfono:										
DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre y Apellido:				DNI:									
Fecha de nacimiento:				Edad:									
Domicilio:				Localidad y Provincia:									
Medicación (marque con una cruz)		SI		_____		No		_____					
Indicar cuales:													
En caso de que corresponda completar:													
Escolaridad: (año y turno)													
Escuela:			Privada:		_____		Publica:		_____				
N.º de CUE: (consultar con la escuela)													
DATOS FAMILIARES													
Grupo familiar conviviente													
Nombre y Apellido:		Edad:		Vinculo:		Ocupación:		Teléfono:					
Datos de vivienda													
Marque con una (X) según corresponda		Propia		_____		Subalquilada		_____					
		Alquilada		_____		Cedida		_____					
Construcción		Mampostería		_____		Premoldeada		_____		Madera		_____	
Firma y aclaración familiar													



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

ORDEN MEDICA (no transporte)

O.S.P.P.C. Y Q.

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DIAGNOSTICO

PRESTACIÓN

Año solicitado

20_____

Prestación:

Desde:

Hasta:

Prestación:

Desde:

Hasta:

Prestación:

Desde:

Hasta:

Prestación:

Desde:

Hasta:

Prestación:

Desde:

Hasta:

En caso de dependencia marcar: SI NO (en caso afirmativo adjuntar la escala FIM completa)

En caso de escuela o centro indicar tipo de
jornada (simple o doble)

En caso de prestaciones de rehabilitación aclarar
cantidad de sesiones semanales

Firma y sello del medico tratante



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

ORDEN MEDICA TRANSPORTE

O.S.P.P.C. Y Q.

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DIAGNOSTICO

PRESTACIÓN

Año solicitado

20_____

Prestación:

Origen:

Desde:

Destino:

Hasta:

Justificativo medico (argumentar porque motivo medico no puede utilizar transporte público)

Dependencia

SI

NO

(en caso afirmativo adjuntar la escala FIM completa)

Justificativo dependencia:

No esta justificada la dependencia para menores
de 6 años

La dependencia solo sera valida para transportes
especiales habilitados, NO remis

Firma y sello del medico tratante



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Lugar:

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

Mail:

Celular/Teléfono:

Yo _____ con Documento Tipo
(____) N.º _____, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia de que me han explicado con terminos claros y adecuados, comprendiendo mis alternativas disponibles.

1. Prestacion

Prestador

Periodo

Desde:

Hasta:

Año:

2. Prestacion

Prestador

Periodo

Desde:

Hasta:

Año:

3. Prestacion

Prestador

Periodo

Desde:

Hasta:

Año:

4. Prestacion

Prestador

Periodo

Desde:

Hasta:

Año:

Firma y aclaración

(Si el firmante no es la persona con discapacidad)

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de

_____ con DNI _____

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración:

DNI:



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Osvaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

CONSENTIMIENTO PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

Lugar:

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido:

Domicilio real donde se brindara la prestación:

Localidad y Provincia:

Mail:

Telefono:

Celular:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Periodo Año:

Desde

Hasta

Cantidad de Sesiones

Semanales

Mensuales

CRONOGRAMA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del profesional

Aclaración

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

Firma

Aclaración

DNI



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Osvaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

CONSENTIMIENTO DE REHABILITACIÓN – INSTITUCIONES

Lugar:

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido/Razón social:

Domicilio real donde se brindara la prestación:

Localidad y Provincia:

Mail:

Celular/Teléfono:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Periodo Año:

Desde

Hasta

Cantidad de Sesiones

Semanales

Mensuales

Marcar **dependencia** según corresponda

SI

NO

CRONOGRAMA

Terapias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Firma y sello de la institución

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito
precedentemente al Beneficiario _____ con DNI _____

Aclaración

Firma

DNI



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

CONSENTIMIENTO PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Lugar:

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio real donde se brindara la prestación:

Localidad y Provincia:

Mail:

Categoría:

Telefono:

Celular:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Periodo Año:

Desde

Hasta

Cantidad de Sesiones

Semanales

Mensuales

Marcar **dependencia** según corresponda

SI

NO

CRONOGRAMA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello de la institución

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

Aclaración

DNI

Firma



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

Fax: 4301-0512

CONSENTIMIENTO PARA TRANSPORTE

Lugar:

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido/Razón social:

Domicilio:

Localidad y Provincia:

Poliza N.º:

Teléfono:

Mail:

Celular:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Lugar donde se traslada

Origen:

Localidad:

Destino:

Localidad:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						

Periodo

Desde:

Hasta:

Año:

Prestación con dependencia 35%

SI

NO

Total KM mensuales:

EN CASO DE DEPENDENCIA INDICAR APOYOS BRINDADOS

No esta justificada la dependencia para menores de 6 años

La dependencia solo sera valida para transportes especiales habilitados, NO remis

Firma y aclaración del transportista

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito
precedentemente al Beneficiario _____ con DNI _____

Firma

Aclaración

DNI



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

Lugar:

Fecha:

/ /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Periodo Año:

Desde

Hasta

**Cantidad de
Sesiones**

Semanales

Mensuales

Monto por sesión

Monto mensual

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido:

Domicilio real donde se brindara la prestación:

Localidad y Provincia:

Vencimiento RNP:

Teléfono:

Mail:

Celular:

CUIT (adjuntar Constancia de AFIP)

CBU (adjuntar comprobante bancario)

CRONOGRAMA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del profesional

Aclaración



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

PRESUPUESTO DE REHABILITACIÓN – INSTITUCIONES

Lugar:

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Periodo Año:

Desde

Hasta

Indique tipo de jornada:

Monto Mensual

Marcar **dependencia** según corresponda

SI

NO

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido/Razón social:

Domicilio real donde se brindara la prestación:

Localidad y Provincia:

Mail:

Celular/Teléfono:

CUIT (adjuntar Constancia de AFIP)

CBU (adjuntar comprobante bancario)

CRONOGRAMA

Terapias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Firma y sello de la institución



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Osvaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

PRESUPUESTO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Lugar:

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Periodo Año:

Desde

Hasta

Indique tipo de jornada:

Monto Mensual

Marcar **dependencia** según corresponda

SI

NO

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido/Razón social:

Categorización:

Domicilio real donde se brindara la prestación:

Localidad y Provincia:

Mail:

Celular/Teléfono:

CUIT (adjuntar Constancia de AFIP)

CBU (adjuntar comprobante bancario)

CRONOGRAMA

Asistencias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Firma y sello de la institución



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

Fax: 4301-0512

PRESUPUESTO TOTAL DE TRANSPORTE

Lugar:

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido/Razón social:

Domicilio:

Localidad y Provincia:

Poliza N.º:

Teléfono:

Mail:

Celular:

Habilitación emitida por:

Compañía de seguro:

Vencimiento:

Vencimiento:

CUIT (adjuntar Constancia de AFIP)

CBU (adjuntar comprobante bancario)

Prestación con dependencia 35%

SI

NO

Total KM mensuales:

Valor del KM:

Monto Mensual Total:(sumatoria de todos los destinos)

EN CASO DE DEPENDENCIA INDICAR APOYOS BRINDADOS

No esta justificada la dependencia para menores de 6 años

La dependencia solo sera valida para transportes especiales habilitados, NO remis

Firma y aclaración del transportista



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadis capacidad@ospapel.org.ar

PRESUPUESTO POR CADA VIAJE DE TRANSPORTE

Viaje 1

Lugar donde se traslada

Origen: _____ Localidad: _____

Destino: _____ Localidad: _____

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
--	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

Horarios

Periodo Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

Kilometros Diarios: _____ Mensuales: _____ Monto Mensual: _____

Viaje 2

Lugar donde se traslada

Origen: _____ Localidad: _____

Destino: _____ Localidad: _____

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
--	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

Horarios

Periodo Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

Kilometros Diarios: _____ Mensuales: _____ Monto Mensual: _____

Viaje 3

Lugar donde se traslada

Origen: _____ Localidad: _____

Destino: _____ Localidad: _____

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
--	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

Horarios

Periodo Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

Kilometros Diarios: _____ Mensuales: _____ Monto Mensual: _____



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Osvaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

BAJA DE PRESTACIONES

Lugar:

Fecha:

/ /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

Por medio de la presente comunico la baja de la prestación

DATOS DE LA PRESTACIÓN QUE SE DA DE BAJA

Prestación:

A cargo de:

A partir del día _____ de _____ del año _____

MOTIVOS DE LA BAJA

CAMBIO DE PRESTADOR (en caso que corresponda)

Nombre y Apellido del nuevo
prestador

Prestación que realizara

El nuevo prestador llevara a cabo la prestación desde el mes de _____ hasta el

mes de _____ del año _____

Prestador NUEVO aun en búsqueda

Si

No

Aclaración

Firma

DNI



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

O.S.P.P.C. Y Q.

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha/Nac: / /

Edad:

DIAGNOSTICO

Tabla de puntuación de niveles de independencia funcional		ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
ACTIVIDAD	PUNTAJE		AUTOCAUIDADO	
Independencia completa	7	1	Alimentación	
Independencia modificada	6	2	Aseo Personal	
		3	Baño	
ACTIVIDAD	PUNTAJE	4	Vestido parte superior	
Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	5	5	Vestido parte inferior	
Con asistencia mínima (paciente realiza 75% o más)	4	6	Uso del baño	
Con asistencia moderada (paciente realiza 50% o más)	3		CONTROL DE ESFINTERES	
Con asistencia máxima (paciente realiza 25% o más)	2	7	Control de intestinos	
Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	1	8	Control de vejiga	
			TRANSFERENCIAS	
		9	Cama, silla, silla de ruedas	
		10	Baño	
		11	Ducha o bañera	
			LOCOMOCIÓN	
		12	Marcha o silla de ruedas	
		13	Escaleras	
			COMUNICACIÓN	
		14	Compresión audio / visual	
		15	Expresión verbal – no verbal	
			CONEXIÓN	
		16	Interacción social	
		17	Resolución de problemas	
		18	Memoria	
			PUNTAJE FIM TOTAL	

Adjuntar con la documentación todos los apoyos que se le brindaran al afiliado/a de acuerdo a la dependencia solicitada

Sello del medico tratante

Firma del medico tratante



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL,
CARTÓN Y QUÍMICOS**

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

O.S.P.P.C. Y Q.

Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

Informe Cualitativo

Firma y sello del medico tratante

N.º de Matricula

Especialidad