



Bon Salud

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD BON SALUD



**FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE LOS REQUISITOS Y EJEMPLOS QUE SE INDICAN
EN EL INSTRUCTIVO PARA AGILIZAR TODAS LAS GESTIONES**

INSTRUCTIVO PARA EL AFILIADO

CANALES DE ATENCIÓN



Mail discapacidad@bonsalud.com.ar

ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA

El legajo completo debe ser presentado por el beneficiario vía mail a **discapacidad@bonsalud.com.ar** 40 días antes de comenzar con las prestaciones

- Los formularios deben estar cumplimentados en su totalidad con letra legible, no deben poseer enmiendas ni tachaduras, al menos que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello del responsable de completar y firmar el formulario.
- La fecha de emisión del pedido médico, debe ser anterior al inicio de tratamiento, no debe poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello.
- Verificar que la documentación coincida con la solicitada para cada caso, quien admisione la misma efectuara el análisis correspondiente y en caso de inconsistencia o datos faltantes se procederá a la devolución por lo cual demorara aún mas el proceso de autorización de las mismas
- Las prestaciones serán cubiertas únicamente por el periodo de validez del Certificado Único de Discapacidad (CUD)

***El inicio de las prestaciones sin autorización previa NO OBLIGA a otorgar la cobertura de las mismas, debido a que en todos los casos se requiere del análisis de la auditoria del Área de discapacidad**

- En caso de ser necesario, podremos solicitar documentación adicional a efectos de realizar la evaluación correspondiente, toda autorización queda sujeta a auditoria médica. Los requerimientos documentales se encuentran sujetos a disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, por lo cual puede que el presente manual contenga modificaciones según resoluciones de futura aplicación

ÍNDICE

1. OBJETIVO
2. LINEAMIENTOS GENERALES
3. MODALIDADES PRESTACIONALES

DOCUMENTACION SOLICITADA

4. DOCUMENTACION PERSONAL DEL BENEFICIARIO CAUSANTE
5. DOCUMENTACION PRESTACIONAL GENERAL
 - Prescripción Médica
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Conformidad
 - Cronograma de tratamiento .
6. DOCUMENTACION PRESTACIONAL ESPECIFICA
7. DEPENDENCIA
8. CAMBIO DE PRESTADOR
9. CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO
10. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA
11. ANEXOS (Documentación)
 - Presupuesto Instituciones educativas
 - Presupuesto CET- Centro de día
 - Presupuesto Terapias
 - Presupuesto Transporte
 - Presupuesto Módulo de Apoyo a la Integración – Módulo. Maestra de Apoyo
 - Conformidad Instituciones educativas
 - Conformidad Terapias
 - Conformidad Transporte
 - Personas Autorizadas para la firma
 - Baja de prestación vigente
 - Tabla FIM
 - Formulario de actualización de datos personales

Instructivo de Discapacidad 2024

Por medio de la presente, la Obra Social les informa a sus señores afiliados la documentación obligatoria que debe presentarse para tramitar el subsidio por Discapacidad del beneficiario para la consecuente cobertura de las prestaciones.

Se notifica que para la aprobación pertinente de cada prestación se debe presentar toda la documentación completa y en conjunto, **no se acepta la presentación parcial.**

1. Objetivo

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un subsidio por discapacidad.

2. Lineamientos Generales Obligatorios

- Se emitirá autorización por Subsidio por Discapacidad en caso de solicitarse la cobertura de alguna de las modalidades comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
- Sólo puede iniciarse trámite de Subsidio por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad que cuenten con CUD.
- Será de suma importancia que la prescripción médica, el presupuesto, la conformidad de los profesionales y la factura COINCIDAN. Si las mismas no coincidiesen, el presupuesto y/o factura serán pasibles **de rechazo y/o débito total.**
- Las autorizaciones correspondientes a las modalidades requeridas quedarán sujetas al dictamen del Equipo Interdisciplinario perteneciente a la Gerencia Médica de la Obra Social., en los casos en que fuera requerida su intervención.

La aceptación de la documentación no implica la aprobación automática de la prestación.

Por lo tanto, **si el prestador o persona a cargo del afiliado presenta la documentación completa en Marzo (mes de ejemplo) se autorizará la prestación desde ese mes en adelante y no se reconocerán períodos anteriores (es decir, no se reconoce ni enero ni febrero).**

- Plazo de entrega y presentación: A partir del mes de Diciembre del 2022 se deberá entregar toda la documentación de las prestaciones que comiencen en el mes enero 2023. Para las prestaciones que comiencen en el mes de marzo, como por ejemplo las escuelas, el plazo se extiende hasta la primera semana de febrero.

- **Sólo se admitirá un cambio de prestador por año.**

- **LAS PRESTACIONES DE REHABILITACION (prestaciones de apoyo y módulos de rehabilitación) DEBEN SER PRESENTADAS TODAS JUNTAS PARA SER ANALIZADAS Y APROBADAS EN CONJUNTO.**

3. Modalidades Prestacionales

3.1 Prestaciones Ambulatorias

3.1.1 Prestaciones de Apoyo

Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal (se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria)

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (4) horas semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.

La solicitud de estas prestaciones deberá estar debidamente justificada en el plan de tratamiento respectivo.

No se autorizarán sesiones dobles.

3.1.2 Módulo de Rehabilitación Integral

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atención por sesiones, se reconocerá la modalidad como Módulo de Rehabilitación Integral.

Módulo de rehabilitación Integral Intensivo: comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes.) brindando más de dos terapias diferentes.

Módulo de rehabilitación Integral Simple: cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes.).

3.1.3 Hospital de Día

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos.

3.2 Prestaciones Educativas

3.2.1 Educación Inicial

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

3.2.2 Educación General Básica

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

3.2.3 Formación Laboral

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

3.2.4 Apoyo a la Integración Escolar

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente) hasta la finalización del nivel de educación secundaria. De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida. El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales. Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar: Instituciones categorizadas para la modalidad AIE.

3.2.5 Maestro de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente) hasta la finalización del nivel de educación secundaria. De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida. El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora. Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo: Profesionales acordes a la discapacidad del beneficiario, preferentemente con formación maestra especial o licenciada en psicopedagogía. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

3.3 Centro Educativo Terapéutico – Centro de Día

3.3.1 Centro Educativo Terapéutico

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad 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.

3.3.2 Centro de Día

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de auto-valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

3.4 - Transporte especial

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa.

vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.901, art 13.

“[...] ARTICULO 13. — Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario [...]”

DOCUMENTACION SOLICITADA

4. Documentación Personal (titular y causante)

4.1 Certificado de discapacidad VIGENTE.

El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3- Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud. En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, NO PODRÁ presentar trámite solicitando Subsidio por Discapacidad. No será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad. En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad, pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

4.2. Fotocopia del DNI (Titular y causante) 4.3. Constancia de CUIL (Titular y causante)

4.4. Tabla FIM (Anexo 11.11) y Justificación adicional por dependencia, de corresponder la dependencia. (Anexo 11.12)

4.5. Impresión de la captura de pantalla de la credencial digital realizada en un plazo no mayor a una semana. (Titular y causante)

4.6. Formulario de actualización de datos personales (Anexo 11.13)

4.7. Constancia de alumno regular (que detalle CUE)

4.8. Constancia de obra social en ANSES - (CODEM), debe aparecer todo el grupo dicho grupo familiar. Este comprobante se obtiene desde la página web de dicho organismo. <https://www.anses.gob.ar/consulta/obra-social-codem>

4.9. Original de Resumen de historia clínica

Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación. Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario causante y actualizado.

4.10. Formulario de Personas autorizadas para las firma de asistencia (Anexo 11.9)

4.11. Formulario antecedentes prestacionales (Anexo 11.14) 4.12. Formulario antecedentes médicos (Anexo 11.15)

DOCUMENTACION SOLICITADA

5. Documentación Prestacional General

La documentación detallada a continuación debe ser presentada obligatoriamente para todas las prestaciones a brindarse, más adelante en el documento se detalla la documentación específica de cada prestación.

5.1 Prescripción médica.

Debe presentarse la prescripción médica original de todas las prestaciones requeridas, con firma y sello legible del médico tratante, que incluya tipo y número de matrícula.

Apellido y nombre del afiliado.

Nº de afiliado y DNI.

Prestación solicitada (nombre de la prestación) ☒ Nombre de la Obra Social, Si la prestación es una terapia debe especificar cantidad de sesiones por semana. (modelo I)

- Si la prestación es transporte debe decir: "Se solicita transporte a colegio y/o terapias."

(no indicar ni domicilio de origen ni domicilio de destino del traslado así como tampoco nombre del establecimiento al que concurre el afiliado). (modelo II) - Si la prestación es un

Colegio o Centro debe especificar tipo de Jornada (simple o doble), y NO debe aparecer el nombre del Colegio. (modelo III)

DEPENDENCIA (de corresponder)

Período: Mes de inicio y finalización de la prestación. Diciembre 202x / Marzo - Diciembre 202x).

Diagnóstico.

Firma y sello del médico solicitante

R/P

Álvarez Mónica
Nº de afiliado: 111111/02
DNI: 29.000.000

*Solicito Modulo (ver adjunto) para
el afiliado/a DNI quien
presenta para lo que se
solicita las siguientes terapias.....*

a- Fonoaudiología 2 veces por semana
b- Terapia Ocupacional 2 veces por semana
c- Psicología 2 veces por semana

Dx: TGD.

Firma y sello del médico tratante.
Fecha (ejemplo 01/01/2021).

Todo presupuesto debe detallar sin excepción datos completos personales del afiliado, datos completos de la prestación a otorgarse, datos completos del prestador (incluido el domicilio de atención) y datos bancarios del prestador.

DOCUMENTACION SOLICITADA

- 5.2.1. Modelo de presupuesto Instituciones Educativas. (Anexo 11.1)
- 5.2.2. Modelo de presupuesto prestaciones de apoyo. (Anexo 11.3)
- 5.2.3. Modelo de presupuesto Maestra de apoyo / Modulo de apoyo a la integración. (Anexo 11.5)
- 5.2.4. Modelo de presupuesto de Modulo de rehabilitación integral Intensivo / simple.
- 5.2.5. Modelo de presupuesto de transporte. (Anexo 11.4) Todo presupuesto de transporte debe tener adjunto una impresión de pantalla del programa de geolocalización (google maps) el cual detalle distancia en km entre el domicilio de origen y destino para su consecuente aprobación.

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

Conforme lo dispuesto por la Res.887-E/2017 de la Superintendencia de Servicios de Salud, los pagos serán efectivizados única y exclusivamente mediante transferencia bancaria a la cuenta del prestador.

Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada.

Si existiese alguna modificación de Cuenta Bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a:
discapacidad@bonsalud.com.ar

- 5.2 Presupuesto del profesional (anexo IV).
- 5.3 Plan de tratamiento.

En el mismo se debe detallar los objetivos que se desarrollarán en el transcurso del tratamiento

- 5.4 Conformidad.

Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por los prestadores de cada prestación brindada.

- 5.4.1 Conformidad de Instituciones. (Anexo 11.6)
- 5.4.2 Conformidad de Terapias. (Anexo 11.7)
- 5.4.3 Conformidad de transporte. (Anexo 11.8)

- 5.5 Cronograma de tratamiento Informe el cual detalle días y horario específicos de atención del causante.

6. Documentación prestacional específica

- 6.1. Instituciones educativas

Fotocopia de Constancia de categorización e inscripción en el “Registro Nacional de Prestadores de Servicios de atención a Personas con discapacidad. “Servicio Nacional de Rehabilitación.

Habilitación Municipal.

Constancia de Inscripción AFIP.

Constancia de categorización AFIP.

DOCUMENTACION SOLICITADA

6.2 Prestaciones de apoyo

Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).

Fotocopia de Título habilitante.

Si la prestación es brindada por profesionales que conforman una Sociedad de Hecho: constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) de dicha Sociedad.

Matrícula

Constancia de Inscripción AFIP. de categorización AFIP.

6.3. Módulo de Rehabilitación Integral

Constancia de categorización e inscripción en el “Registro Nacional de Prestadores de Servicios de atención a Personas con discapacidad.

“Servicio Nacional de Rehabilitación. (de ser una institución)

Constancia de Inscripción AFIP.

Constancia de categorización AFIP.

6.4. Módulo Maestra de Apoyo

Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).

Fotocopia de Título habilitante.

Matrícula

Constancia de categorización AFIP.

De ser un “Maestra especial” debe, asimismo, presentar Analítico y Título, más no así la matrícula ni constancia de RNP.

6.5 Apoyo a la Integración escolar

Dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad.

Plan de trabajo con sus objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por un representante de la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad de la escuela común (todas las firmas y sellos en original).

Acta acuerdo entre la escuela y el prestador: firmada por un representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original)

Constancia de Inscripción AFIP.

Constancia de categorización AFIP.

6.6. Transporte

Informe emitido por el profesional tratante que justifique el motivo por el cual el paciente no puede utilizar el transporte público y requiere un transporte especial. ☑ Fotocopia de la habilitación de la agencia de remis (vigente), de ser una agencia.

Fotocopia de la póliza de seguro y comprobante del último pago del transportista. ☑ Fotocopia de la licencia de conducir profesional (vigente).

DOCUMENTACION SOLICITADA

7. Dependencia

El índice de independencia funcional (FIM) NO acredita dependencia, la misma será evaluada por el Equipo Interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia, y en los casos en que se encuentre debidamente justificado, para las siguientes modalidades: Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico y Transporte.

Tabla FIM (Anexo 11.11)

Justificación adicional por dependencia (Anexo 11.12)

8. Cambio de prestador

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con subsidio por discapacidad ya otorgada, toda la documentación nueva debe remitirse con un mínimo de 20 días anteriores de producida la novedad.

Asimismo se debe presentar obligatoriamente una nota (Anexo 11.10)– Baja de prestación vigente) del beneficiario titular solicitando dicho cambio que detalle:

Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior ☐ Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.

Firma, aclaración y número de documento del titular

Documentación pertinente del nuevo prestador (según corresponda a la modalidad).

9. Cambios en la situación del prestador.

9.1 Casos de fallecimiento del beneficiario causante.

– Certificado de defunción. – Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento.

9.2 Abandono del tratamiento.

– Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.

10. Reclamo de documentación faltante, incompleta o incorrecta.

Solo se recepcionarán solicitudes con documentación completa. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente. Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación via email desde el Sector de Discapacidad, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente.

ANEXOS y FORMULARIOS

Ingresa en <https://bonsalud.ar/> para poder visualizar y descargar todos nuestros anexos

CIRCUITO DE LA AUTORIZACION PREVIA

La auditoría de discapacidad efectuara el control técnico-administrativo y se procederá a emitir la autorización de las prestaciones autorizadas

En caso de que sea requerido se coordinara una entrevista con el equipo interdisciplinario.

El prestador recibirá, via correo electrónico, el formulario de autorización con el instructivo de facturación.

VIAS DE CONTACTO PARA ASOCIADOS

. CONSULTAS Y ENVIOS DE LEGAJOS A discapacidad@bonsalud.com.ar

LLAMADAS AL: 0800-345-3840

VIAS DE CONTACTO PARA PRESTADORES

CONSULTAS AL MAIL: discapacidad@bonsalud.com.ar

LAS FACTURAS SE DEBEN ENVIAR DEL 1 AL 10 DE CADA MES SIN EXCEPCION A
discapacidad@bonsalud.com.ar