

PAID Programa de Atención Integral de Discapacidad
Atención al Afiliado / Beneficiario / Prestador
Suma Cede Central: Santa Fe 2639 Tel 493-9050/7350
Horario de Lunes a viernes de 8 a 15 hs.
Mail discapacidad@suma.org.ar
Lineamientos generales

Las siguientes normativas, tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar la incorporación del afiliado al PAID y obtener los beneficios del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad Ley 24901.

Es requisito para la tramitación y curso de las diferentes coberturas, la presentación en forma completa y correcta de la documentación requerida conforme al presente instructivo. En algunos casos, si fuera necesario, el área de discapacidad se podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos establecidos por la normativa vigente.

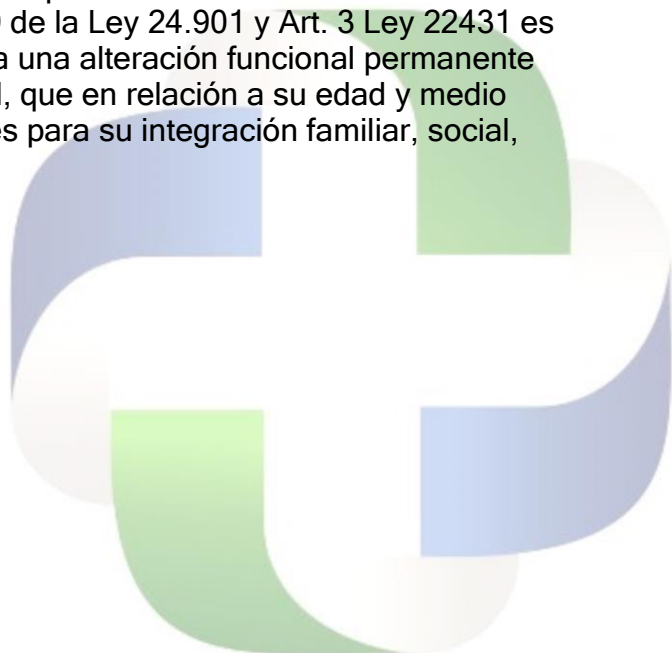
En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del Área de Discapacidad.

La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad, dependientes de la Superintendencia de Servicios de Salud (Atención Telefónica de lunes a viernes de 10 a 16 hs. 0800-222-72583)

BENEFICIARIOS

Son beneficiarios los afiliados titulares o familiares que presenten discapacidad, acreditada por el Certificado Único de Discapacidad.

Según la descripción que realiza el Art. 9 de la Ley 24.901 y Art. 3 Ley 22431 es decir: Toda aquella persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”



INCORPORACION AL PAID

A los efectos de agilizar la gestión, la presentación de la solicitud deberá efectuarse entre los 60 y los 30 días anteriores al inicio, por mesa de entrada.

Las coberturas por discapacidad **caducarán cada 31 de diciembre del año** en que fueron solicitados, debiéndose presentar nuevamente toda la documentación para su renovación a partir del nuevo año.

Para el caso de doble afiliación, debe realizar los trámites también en la otra Obra social, ya que todas están alcanzadas por la obligatoriedad de la Ley 24.901, debiendo presentar certificado de los servicios que le brinda, a fin de evitar doble prestación.

Para el caso de discapacidad visceral, cuando ésta sea resuelta a futuro, con Trasplante de Órgano, deberá adjuntarse la inscripción del INCUCAI, como requisito indispensable para acceder a las coberturas inherentes a tal situación. Una vez realizado el trasplante y culminado el periodo de control de post-trasplante, el afiliado deberá presentar nuevo certificado de discapacidad emitido por el ente pertinente.

En el caso de la cobertura de medicación, el porcentaje de reconocimiento será al 100%, con el tope de valores convenidos con los prestadores, previa autorización por la Auditoría Médica. Los servicios que se brindarán con este porcentaje serán siempre los destinados al tratamiento de su discapacidad o patología de base y no a las patologías resultantes de dichos tratamientos. Los medicamentos, deberán adquirirse en Farmacia Propia. No obstante, si no fuera posible por cualquier circunstancia razonable, podrá acceder igualmente al beneficio por el sistema de reintegro o reciprocidad, debiendo ser autorizado previamente por auditoría médica.

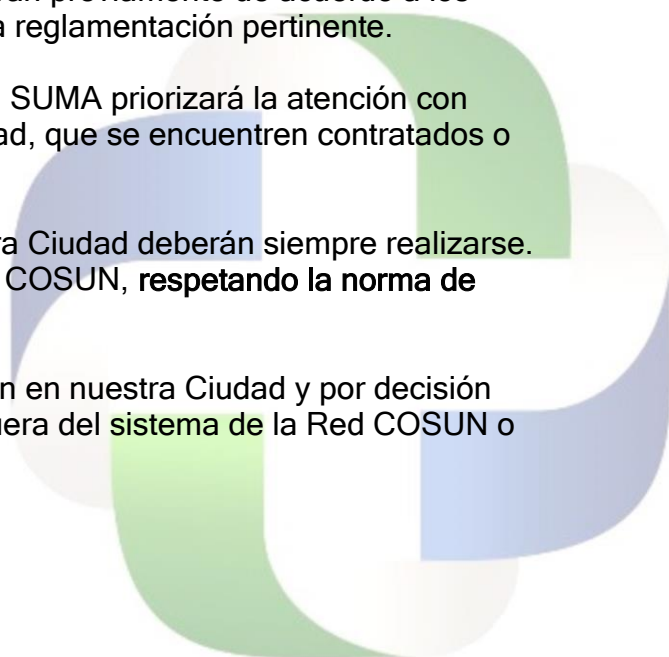
De acuerdo con lo establecido en el Art.6 de la ley 2490:

ARTICULO 6º – Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante **servicios propios o contratados**, los que se evaluarán previamente de acuerdo a los criterios definidos y preestablecidos en la reglamentación pertinente.

Les informamos que, en todos los casos, SUMA priorizará la atención con profesionales y Centros de nuestra Ciudad, que se encuentren contratados o con los cuales existan convenios.

En el caso de atenciones fuera de nuestra Ciudad deberán siempre realizarse por el sistema de reciprocidad con la red COSUN, **respetando la norma de autorización previa**

Cuando el afiliado, contando con atención en nuestra Ciudad y por decisión propia, opte por atención fuera de ella, fuera del sistema de la Red COSUN o fuera



de los Centros e Instituciones de alta complejidad que tengan convenios directo con SUMA (fuera de Mar del Plata) elija ser tratado con profesionales o centros sin convenio, el financiamiento de los gastos será por cuenta del afiliado y no habrá reconocimiento por parte de SUMA.

Para evitar inconvenientes, es importante, que ante cualquier tipo de tratamiento o consulta a profesionales que no se encuentren en nuestra Ciudad, se comunique con la sede central de SUMA, previo a realizar dicha práctica. No se reconocerá ningún gasto sin previa autorización del PAID.

Documentación

1) FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD:

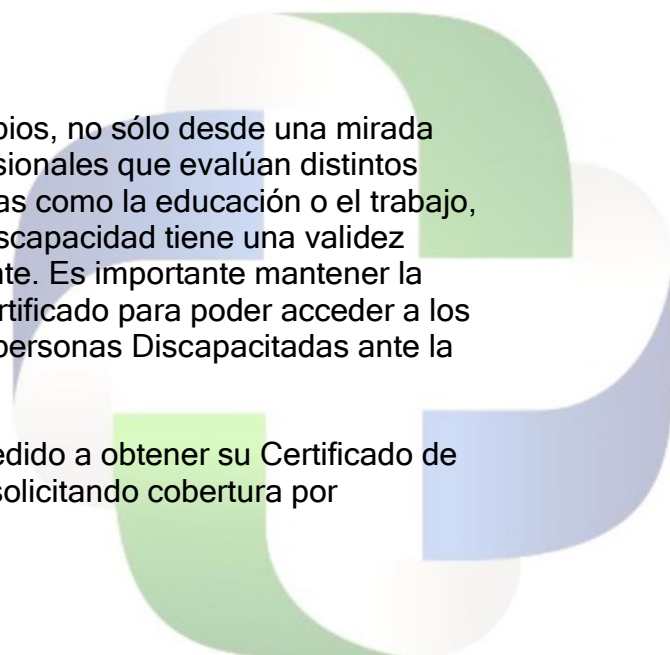
Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 Ley 22.431). Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. Sólo se tendrá como acreditada la discapacidad del afiliado con la presentación del CUD conforme a lo previsto en el punto anterior. (Art. 3 Ley 22.431). 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. Aclaración sobre el Certificado de Discapacidad:

- Tiene vencimiento debido a que tiene un sentido de orientación prestacional
- No afecta a la vida civil de la persona, ni su capacidad civil.
- NO tiene relación con el porcentaje de discapacidad, ni con la declaración judicial de insania o inhabilitación que determina la designación de curador. -
- Solo otorga el acceso a la cobertura de discapacidad, en todos sus aspectos: prestacional, accesibilidad, educación, formación laboral, y cupo laboral

IMPORTANTE

El Certificado apunta a acompañar los cambios, no sólo desde una mirada médica sino a través de un equipo de profesionales que evalúan distintos aspectos que hacen a la vida de las personas como la educación o el trabajo, entre otros. Por esto, todo Certificado de Discapacidad tiene una validez máxima de 10 años, aunque diga permanente. Es importante mantener la vigencia de dicho Certificado para dicho Certificado para poder acceder a los derechos que le otorga la Ley 24.901 a las personas Discapacitadas ante la Obra Social.

En caso de que aún el afiliado no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, NO podrá presentar trámite solicitando cobertura por Discapacidad en el PAID.



El pedido de cobertura se presentará en Auditoría Médica en la forma habitual en que se autorizan otras prestaciones.

2) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

Serán válidas sólo aquellas Historias Clínicas originales. Deben contener los antecedentes que justifiquen y respalden los tratamientos solicitados. Contendrán los datos del afiliado, antecedentes, estado actual y plan terapéutico, el cual debe indicar las prestaciones requeridas acompañado de la firma y el sello del médico tratante.

La fecha de confección de la Historia Clínica deberá coincidir con la fecha que figura en las órdenes y en la Planilla de conformidad de tratamiento. **ANEXO**

3) ORDENES MÉDICAS:

Se aceptarán sólo aquellas que sean originales.

La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Debe indicar el período en el cual se brindará la prestación (Ejemplo: febrero a diciembre del 2017 o enero a diciembre 2017).

Firma y sello del médico tratante.

La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/01/17, la fecha debe ser 29/12/16 o anterior).

Se debe confeccionar una orden por cada prestación.

Cada orden debe contener:

NOMBRE Y APELLIDO

DNI.

DIAGNÓSTICO: El mismo debe coincidir con el que figura en el Certificado Único de Discapacidad.

DIFERENTES TIPOS DE PRESTACIONES:

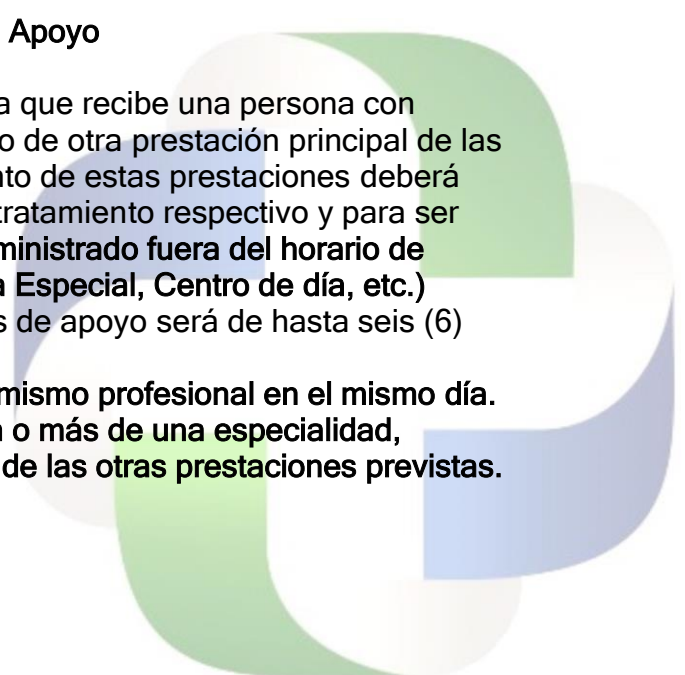
Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo a los siguientes lineamientos:

PRESTACIONES BÁSICAS: Prestación de Apoyo

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el Nomenclador. El otorgamiento de estas prestaciones deberá ser debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser considerado como tales **tendría que ser suministrado fuera del horario de atención de la prestación principal (Escuela Especial, Centro de día, etc.)**

El máximo de horas totales de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales.

No se autorizarán más de 1 sesión con un mismo profesional en el mismo día. Cuando requiera mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse al beneficiario a algunas de las otras prestaciones previstas.



PRESTACIONES INSTITUCIONALES:

En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble).

PRESTACIONES EDUCATIVAS:

Educación Especial indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral y detallar el tipo de jornada (simple o doble).

Centro Educativo Terapéutico:

Detallar el tipo de Jornada (simple o doble)

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales 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 especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).

El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

Documentación requerida:

Presupuesto

Plan de Tratamiento

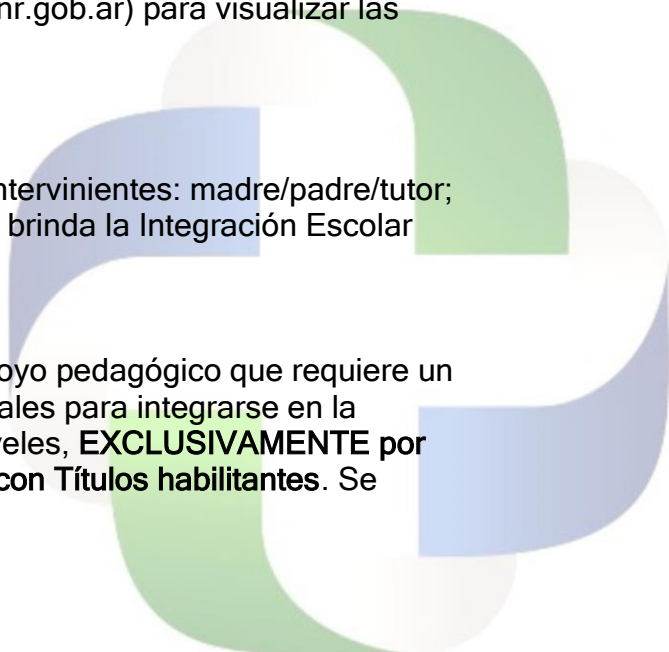
Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación. Ingresar en "Consulta de Publica de Prestadores de Servicios" en la página web del Servicio Nacional de Rehabilitación (www.snr.gob.ar) para visualizar las instituciones categorizadas en todo el país.

Constancia de alumno regular mensual

Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; Institución que brinda la Integración Escolar

Módulo Maestra de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, **EXCLUSIVAMENTE por Psicopedagogos y/o Docentes Especiales, con Títulos habilitantes.** Se



otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente). VER ANEXO VIII. El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará como valor hora. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

Documentación requerida:

Presupuesto

Plan de Tratamiento

Título habilitante

Constancia de alumno regular mensual

Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor;

Institución educativa común; maestro/a de apoyo.

4) PLANILLA CON CRONOGRAMA DE LA TOTALIDAD DE LAS PRESTACIONES

La misma tendrá que especificar todas las terapias que se realizan en forma semanal (día y horario) firmada por el profesional médico que las indicó, acorde a lo estipulado por la ley 24 901 ANEXO

“La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda”

5) TRANSPORTE ESPECIAL

Comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa (centros de rehabilitación, Escuela Especial)

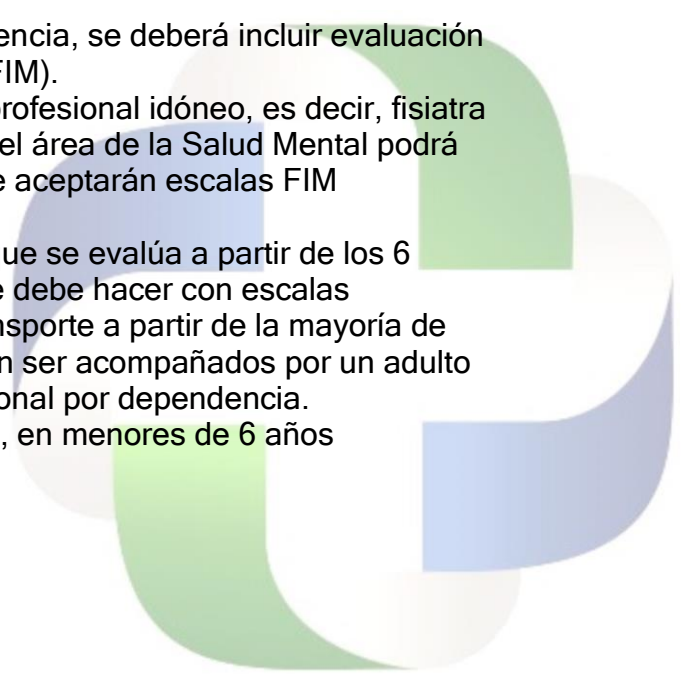
La Solicitud de Transporte, deberá ser fundamentada adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público (Ley 24901 Artículo 13). En los casos que la persona con discapacidad deba realizar más de 25 Km diarios para realizar una prestación, se recomienda re direccionar al centro categorizado más cercano a su domicilio.

En el caso de solicitar transporte con dependencia, se deberá incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional (FIM).

La escala FIM debe ser confeccionada por profesional idóneo, es decir, fisiatra o neurólogo. En caso de patologías dentro del área de la Salud Mental podrá ser completado por médico psiquiatra. No se aceptarán escalas FIM completadas por otros profesionales.

El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años de vida con escala FIM, antes de debe hacer con escalas específicas. Se tendrá en cuenta para el transporte a partir de la mayoría de edad, ya que siendo menores de edad deben ser acompañados por un adulto responsable y no corresponde solicitar adicional por dependencia.

NO se reconoce Transporte con dependencia, en menores de 6 años



Adjuntar Habilitación municipal y/o provincial vigente para el periodo solicitado, seguro, licencia de conducir y hoja de ruta impresa de acuerdo con "Google Maps" en la siguiente página: www.maps.google.com.ar.

Debe contener los siguientes datos:

- Nombre y apellido del afiliado
- DNI
- Domicilio de partida: Especificar calle, numeración y localidad.
- Domicilio de destino: Especificar calle, numeración y localidad.
- Aclarar el tipo de prestación a la cual se traslada. El domicilio de destino debe coincidir con el consignado en el presupuesto de la prestación.
- Cantidad de km. Recorridos diarios
- Cantidad de km. Recorridos mensuales
- Frecuencia: Cantidad de viajes mensuales a cada destino. Días y horarios.
- Valor por Km: Aclarar si es con dependencia
- Monto por viaje:
- Monto mensual aproximado:
- Periodo:
- Fecha: Previa a la prestación
- Firma y aclaración del transportista
- Nombre de la empresa o del transportista.
- Domicilio
- Teléfono de contacto y dirección de correo electrónico
- Número de CUIT.
- Número de Ingresos Brutos.
- Condición frente al IVA.

Nota: La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por parte de la obra social, sino un compromiso de contraprestación por la realización de todos los viajes pautados, la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.

7) DEPENDENCIA

En los casos en que se solicite la cobertura "con dependencia" para poder ser autorizado (el cobro de un 35% adicional) deberá presentar:

- 1) Resumen de Historia clínica que avale, la solicitud de dependencia, acorde a la patología de base (que acredita el Certificado de discapacidad)
- 2) Tabla FIM (índice de dependencia funcional) que la justifique. (Anexo III).

Nota: Sin perjuicio del presente detalle, podrá ser requerida documentación adicional.

CAMBIO, AMPLIACIÓN DE COBERTURA O PRESTADOR

La Obra Social no puede tomar conocimiento de las modificaciones en forma verbal y/o telefónica.

Deberá llenar la planilla confeccionada por SUMA para tal fin Anexo)

Ante la disconformidad de un afiliado con un tratamiento autorizado con un prestador determinado, deberá notificar el motivo a la Obra Social por escrito, siendo evaluado por el área de orientación prestacional y PAID para emitir dictamen y conducta a seguir

A los efectos agilizar la gestión, solicitamos realizar la presentación de la solicitud entre los 60 y los 30 días anteriores al inicio.

SOLICITUD DE HIDROTERAPIA

La prestación de hidroterapia sólo podrá brindarla un centro de rehabilitación. Se aclara que la misma debe realizarse dentro de la institución.

Las instituciones (piletas) que brinden la prestación, deberá presentar la habilitación correspondiente, requerida (Habilitación para Rehabilitación / Hidroterapia / Discapacidad) sin exención.

Solo se autorizarán las prestaciones para las cuales los prestadores, de acuerdo a sus incumbencias profesionales se encuentren debidamente categorizados o acreditados en relación a las normativas vigentes.

Los profesionales deberán presentar un Plan de Rehabilitación donde se indique: Resumen de Historia Clínica, especificando la indicación de Hidroterapia

Plan de Trabajo. Estado actual de la patología a tratar.

Objetivos, días y horarios en que concurre.

Duración de la Rehabilitación (días, meses).

