



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

GUÍA DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

Instructivo para Beneficiarios y Prestadores

OBJETIVO

El presente instructivo tiene como objetivo indicar todas las prestaciones que OSTEP cubre para los beneficiarios a través de los Subsidios por Discapacidad, así como los pasos necesarios para solicitar dicho Subsidio, dentro del Marco del Mecanismo de Integración en vigencia.

ÁREA DE DISCAPACIDAD

IMPORTANTE

El cumplimiento de estas indicaciones es indispensable para gestionar la cobertura por discapacidad en todos los casos. La recepción de la carpeta con la documentación no implica la autorización de las prestaciones solicitadas.

“Cabe aclarar que OSTEP no podrá dar cobertura cuando el profesional no se encuentre inscripto en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) o la institución no se encuentre inscripta en el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR)”.

La obra social reconocerá las prestaciones incluidas en el nomenclador de las prestaciones básicas para personas con discapacidad, como así también reconocerá para los profesionales hasta los valores retributivos autorizados por dicho nomenclador.

ACLARACIONES PRELIMINARES

- El presente instructivo tiene como objetivo enunciar los requisitos necesarios para acceder al subsidio correspondiente a las prestaciones básicas por discapacidad, de acuerdo con lo establecido al nomenclador vigente. El mismo comprende a los beneficiarios mayores de un año (1) hasta los sesenta (60) años inclusive.
- Sera indispensable la presentación de la documentación para la cobertura solicitada, **PREVIA AL INICIO DE LAS PRESTACIONES SIN EXCEPCION.**
- La carpeta deberá ser presentada en forma conjunta, no se recibirán entregas de documentación parciales o que no cumplan con los requisitos de este instructivo, se autorizarán desde OSTEP central, posterior de la evaluación del equipo de Discapacidad de la Obra Social.
- Los expedientes por discapacidad caducarán el 31 de diciembre de cada año al que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación.
- La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, **NO DA DERECHO** al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte de la **AUDITORIA DE DISCAPACIDAD OSTEP**, ni obliga a la Obra Social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- Toda la documentación requerida para solicitar la cobertura de prestaciones por discapacidad debe presentarse **sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra.**
- La prescripción del tratamiento **NO PUEDE** ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones y/o profesional que la brinde.
- La fecha de emisión de la prescripción **NO PODRÁ** ser posterior a la fecha de inicio del tratamiento solicitado en la misma.
- 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.
- Las prestaciones podrán ser brindadas **SOLO** cuando cuenten con autorización emitida por el **ÁREA DE DISCAPACIDAD DE OSTEP.**

- El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta exclusiva Responsabilidad del prestador y NO OBLIGA A OSTEP A CUBRIR LAS PRESTACIONES.
- De requerir o ser necesario un cambio de prestador, se deberá adjuntar nota firmada por afiliado con discapacidad o, de ser menor de edad, por madre/padre/tutor con anterioridad a dicho cambio. La misma deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento por el nuevo prestador solicitado y fecha de baja de prestador anterior. Debe ser presentada 30 días antes de dicho cambio.
- La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad. Toda modificación en los valores del nomenclador de aranceles vigente se realizará en forma automática, una vez publicado en el Boletín Oficial. y los prestadores deberán presentar el presupuesto con el valor actualizado.
- Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSTEP se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo con eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.
- Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario de esta Obra Social podrá realizar el seguimiento de la misma mediante visitas, llamados o entrevistas con padres y/o profesionales.

DOCUMENTACION A PRESENTAR

Documentación general:

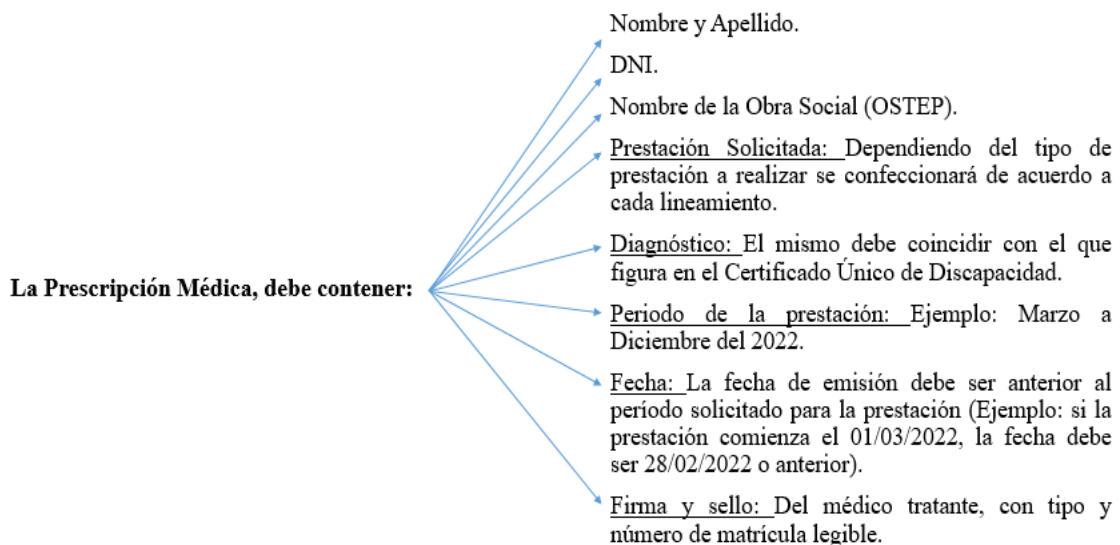
1. **Certificado único de discapacidad:** Presentar fotocopia vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 Ley 22.431). Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. En el caso de contar con turno para la Renovación del CUD, enviar constancia del mismo con datos del afiliado.
2. **Constancia de alumno regular y Número de CUE (Código Único de Establecimiento):** Presentar constancia de reserva de vacante o matriculación, constancia de alumno regular del año en curso y una constancia de finalización del ciclo lectivo.
3. **Copia de DNI** del beneficiario y del titular/tutor/o a cargo
4. **Copia de credenciales** del afiliado y del titular/tutor/ o a cargo.
5. **Copia de último haberes** del titular.
6. **Copia de Guarda tutela** (solo en los casos que corresponda).
7. Formulario de conformidad (subsidio por discapacidad). **(Planilla 014).**

DOCUMENTACIÓN MÉDICA:

8. Original de **Prescripción médica.**

Debe presentarse la prescripción médica original de todas las prestaciones requeridas, comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, con firma y sello legible del Médico Tratante, que incluya tipo y número de matrícula.

La prescripción del tratamiento **NO** puede ser realizada por un médico perteneciente a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. Deben estar firmadas por el médico tratante que firmó la historia Clínica. **Se debe confeccionar una orden por cada prestación.**



Si la prestación a solicitar es:

- **Prestaciones ambulatorias:** Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando la especialidad y frecuencia semanal y mensual (ejemplo 2 sesiones semanales de Psicología, 8 sesiones mensuales). En el caso de requerir “Módulo Integral Simple/Intensivo”, según corresponda, deberá aclarar especialidad y frecuencia semanal (ejemplo, Solicito Módulo integral Intensivo, en Psicología 2 sesiones semanales, en Terapia ocupacional 2 sesiones semanales, el Fonoaudiología 2 sesiones semanales).
- **Prestaciones institucionales:** En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble) y **dependencia si correspondiere.**
- **Prestaciones educativas:** Educación Especial: indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral, además del tipo de jornada (simple o doble).
- **Transporte:** De corresponder, el pedido de transporte deberá ser prescripto por el médico tratante, el cual debe aportar lugar de origen y destino, **indicando dependencia si correspondiere.**
- **Dependencia:** En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, y fundamentado en la prescripción. Incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional - FIM. (Art. 13 Ley 24.901). **(Planilla 016).**

9 Original de **Resumen de Historia Clínica.**

Debe ser original, deberá contener los datos del afiliado, DNI, nombre de la Obra Social (OSTEP), indicar antecedentes relevantes, evolución, estado actual y diagnóstico (según Certificado Único de Discapacidad), 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 médicas. **(Planilla 001)**

MODALIDADES PRESTACIONALES

Prestaciones Ambulatorias.

Cuando se brinda un solo tipo de terapia de rehabilitación, ésta se considerará PRESTACION DE APOYO.

Se denomina prestación de apoyo aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal (Escolaridad, CET, Centro de día, etc.). No se autorizará más de 1 sesión con un mismo profesional en el mismo día. Cuando se requiera mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

Las prestaciones de rehabilitación comprenden las siguientes terapias: Kinesiología – Terapia Ocupacional – Psicología – Fonoaudiología – Psicopedagogía – Psicomotricidad – Musicoterapia. – Pedagogía.

Documentación requerida:

- Presupuesto original de prestaciones profesionales ambulatorias (Planilla 002).
- Planilla de consentimiento original (Planilla 003).
- Plan de tratamiento original (Planilla 004).
- Copia de Título que incluya número de Resolución Ministerial.
- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente. RNP/SNR.
- En caso de tratarse de una prestación de apoyo, deberá presentar constancia de alumno regular del año en curso, aclarando el número de Código Única de Establecimiento (CUE).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.

Módulo de Tratamiento Integral SIMPLE /INTENSIVO

Módulo Integral Simple: Cuando las sesiones se brindan con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) con más de una especialidad.

Módulo Integral Intensivo: Comprende la atención de semana completa (5 días, de lunes a viernes) con más de una especialidad.

En ambos casos, detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

Documentación requerida

- Presupuesto original estimulación temprana - módulo integral simple/intensivo (Planilla 005).
- Planilla de consentimiento original (Planilla 006).
- Plan de tratamiento original (Planilla 004).
- Copia de Inscripción y Categorización vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente. RNP/SNR.
- Copia de Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.

Módulo de Estimulación Temprana

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad, corresponde esta modalidad a niños y niñas con discapacidad de 0 a 6 años de edad cronológica.

Documentación requerida

- Presupuesto original estimulación temprana - módulo integral simple/intensivo (Planilla 005).
- Planilla de consentimiento original (Planilla 006).
- Plan de tratamiento original (Planilla 004).
- Copia de Inscripción y Categorización vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente. RNP/SNR.
- Copia de Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.

Módulo de 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, 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 original Prestaciones Educativas – Institucionales (Planilla 007).
- Planilla de consentimiento original (Planilla 008).
- Plan de tratamiento original (Planilla 004).
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Proyecto Pedagógico de Integración (PPI). El mismo debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos a alcanzar, firmado por representante de la institución a cargo del AIE y por la máxima
- Constancia de alumno regular de escuela común, con CUE.
- Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; Institución que brinda la Integración Escolar. (indicando los datos de la docente que asistirá a la escuela común)
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU). (Planilla 011).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.

Módulo Maestra/o de Apoyo

Maestro de Apoyo, es el que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Esta modalidad podrá ser brindada EXCLUSIVAMENTE por profesionales con incumbencia en el campo pedagógico: Lic. En Psicopedagogía, Lic. En Ciencia de la Educación, Profesores de Educación Especial, Maestros con orientación en Educación Especial y maestros comunes con títulos habilitantes. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Quedan exceptuados, específicamente, los Lic. En Psicología.

Documentación requerida:

- Presupuesto original Maestra/o de Apoyo (Planilla 009).
- Planilla de consentimiento original (Planilla 010).
- Plan de tratamiento original (Planilla 004).
- Copia de Título, y en el caso de maestros o profesores deberán adjuntar certificados analíticos.

- Proyecto Pedagógico de Integración (PPI). Es requisito indispensable para autorizar esta prestación. El mismo debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos a alcanzar y debe contar con firma y sello de la profesional independiente que realiza la integración y de la institución que cede a la maestra Integradora.
- Constancia de alumno regular de escuela común (Debe contener el CUE, Código Único de Establecimiento).
- Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; maestro/a de apoyo. **(Planilla 011)**.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.
- N° de contacto aclarando la característica y casilla de correo.

Prestaciones Educativas Especiales

Las prestaciones de carácter educativo contempladas se cubrirán hasta 11 (once) meses, quedando incluido en ésta cobertura el concepto de matrícula.

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.

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.

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. Destinado a Adolescentes, jóvenes discapacitados entre los 14 años y 24 años de edad cronológicamente y aproximadamente. Adultos con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse de la formación Laboral y/o Rehabilitación Profesional por un período no mayor a 2 (dos) años.

Documentación para prestaciones educativas especiales.

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales **(Planilla 007)**.
- Planilla de consentimiento original **(Planilla 008)**.
- Plan de tratamiento original **(Planilla 004)**.
- Copia COMPLETA del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad

dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.

- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.

Centro Educativo 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. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad.

Documentación requerida:

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales (Planilla 007).
- Planilla de consentimiento original (Planilla 008).
- Plan de tratamiento original (Planilla 004).
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.

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.

Documentación requerida:

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales (Planilla 007).
- Planilla de consentimiento original (Planilla 008).
- Plan de tratamiento original (Planilla 004).
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.
- N° de contacto aclarando la característica y casilla de correo.

Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, permanente o de lunes a viernes

Recurso institucional 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. Será necesario que la Institución presente un informe socio-ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar.

En caso de solicitar alguna de estas modalidades, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada: el médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar. Asimismo, en caso que el beneficiario tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.

Internación en Rehabilitación

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de duración limitada y con objetivos definidos, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario.

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.

Residencia

Se entiende a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. Destinado a una población entre 18 y 60 años de edad.

Pequeño Hogar

Se entiende al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad sin grupo familiar propio y/o con grupo familiar no continente. Destinado a personas con discapacidad desde los 3 años.

Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

Documentación requerida:

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales (Planilla 007).
- Planilla de consentimiento original (Planilla 008).
- Plan de tratamiento original (Planilla 004).
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.
- N° de contacto aclarando la característica y casilla de correo.

Transporte Especial

La prestación de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su domicilio hasta el lugar de atención y viceversa.

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario **se 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 Ley 24314, art 22 inc a)**. Se tendrá en cuenta la orientación prestacional del CUD.

La prestación se autorizará por cantidad de Km. mensuales y será abonada por mes entero, quedando sujeta a débito, cuando el servicio sea prestado en menos de un 80% del período. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos los días de receso invernal. (Resolución 1992/2015 – MS).

Dependencia

Se considera persona con discapacidad dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulacion, conforme el índice 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 se debe hacer con escalas específicas.

Se tendrá en cuenta para el transporte a partir de los 6 (seis) años, ya que siendo menores de edad deben ser acompañados por un adulto responsable y no corresponde solicitar adicional por dependencia.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia para las modalidades:

- Centro de Día.
- Centro Educativo Terapéutico.
- Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico.
- Transporte a partir de los 6 (seis) años y en los casos en que se encuentre debidamente justificado.

Documentación requerida:

- Presupuesto original traslados (Planilla 012).
- Planilla de consentimiento (Planilla 013).
- Copia de Habilitación municipal y/o provincial vigente, y su renovación de producirse su vencimiento durante el periodo.
- Copia del Seguro del auto (con cobertura de personas transportadas), licencia de conducir; y su renovación de producirse su vencimiento durante el periodo.
- VTV (Verificación Técnica Vehicular).
- Hoja de ruta según “Google Maps”: www.maps.google.com.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Constancia de AFIP.
- N° de contacto aclarando la característica y casilla de correo.
- Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a Escuela común, deberá adjuntar constancia de alumno regular emitida por la institución a los fines de acreditar dicha concurrencia

Cambio de prestador

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con prestaciones por discapacidad ya otorgadas, la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad.

La nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio (Planilla 0017).

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



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

MODELOS DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

MODELO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PRESTACIÓN DE APOYO

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____

EDAD: _____

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito _____, (Ejemplo: Kinesiología... en dado caso que sean varias prestaciones de apoyo, debe ser una orden médica por cada especialidad).

2 sesiones semanales. 8 sesiones mensuales (La cantidad de sesiones que indique el médico tratante).

Periodo: Marzo a Diciembre 2022

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y
FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2022)



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

MODELO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA MAESTRA/O DE APOYO

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____

EDAD: _____

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito MÓDULO MAESTRA/O DE APOYO

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario _____

Periodo: Marzo a Diciembre 2022

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y
FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2022).



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____

EDAD: _____

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO:

- FONOAUDIOLOGIA (Cantidad de sesiones semanales).
- KINESIOLOGIA (Cantidad de sesiones semanales).
- TERAPIA OCUPACIONAL (Cantidad de sesiones semanales).
- ESTIMULACION VISUAL (Cantidad de sesiones semanales).

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario _____

Periodo: Marzo a Diciembre 2022

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y
FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2022).



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA MÓDULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____

EDAD: _____

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito ESTIMULACION TEMPRANA: FONOAUDIOLOGIA,
KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario _____

Periodo: Marzo a Diciembre 2022

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y
FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo
05/02/2022)



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA MODULO DE APOYO A LA
INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)**

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____

EDAD: _____

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
(EQUIPO)

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario _____

Periodo: Marzo a Diciembre 2022

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y
FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo
05/02/2022)



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA PRESTACIONES INSTITUCIONALES:

CENTRO DE DÍA/CENTRO EDUCATIVO

TERAPEUTICO/HOGARES/RESIDENCIAS

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____

EDAD: _____

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito Centro de Día, Jornada _____, categoría _____

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario _____

- con dependencia (En caso de requerirlo).

Periodo: Marzo a Diciembre 2022

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y
FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2022).



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA EDUCACIÓN ESPECIAL

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____

EDAD: _____

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito Escuela Especial, Jornada _____, categoría _____

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario _____

Periodo: Marzo a Diciembre 2022

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y
FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2022).



OSTEP

Obra Social para los Trabajadores
de la Educación Privada

MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA TRASLADO

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y apellido del afiliado: _____

DNI: _____

EDAD: _____

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito traslado desde: _____ (Domicilio): Hasta: _____

Para asistir a: _____ Ejemplo Kinesiología.

Frecuencia: 2 veces por semana o De lunes a Viernes ida y vuelta.

- con dependencia (En caso de requerirlo).

Durante el Periodo, Marzo a Diciembre 2022.

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y
FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2022).