



OMINT

Discapacidad
Instructivo para Socios

GENERALIDADES

1. OBJETIVO

El presente instructivo tiene como principal objetivo proteger la atención, educación y rehabilitación de las personas con discapacidad. Por este motivo enunciamos todos los pasos necesarios para iniciar un trámite por discapacidad, por lo que se sugiere en caso de no ser asignado a la evaluación de la Junta Interdisciplinaria, mostrar el presente instructivo a su médico tratante para evitar errores en la elaboración de las órdenes médicas.

Cabe destacar que de acuerdo a la Legislación vigente el profesional médico que prescribe los tratamientos y/o equipamientos es el responsable desde el punto de vista legal por los efectos de dichos tratamientos/equipamientos sobre el paciente a quien se los indicó. Por lo que se sugiere **indicar tratamientos con la debida justificación científica**.

Al recibir los instructivos el socio debe firmar la Constancia de Entrega del mismo **FOR SER ENF 012 Hoja 2**, su firma solo deja constancia de que se le ha entregado al socio toda la información del Programa de Discapacidad. Al momento de entregar la documentación para iniciar la evaluación de la cobertura solicitada deberá entregar la **Hoja 1** firmada.

2. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

De acuerdo a las normativas vigentes para poder acceder a las prestaciones que se brindan dentro del programa de discapacidad es **IMPREScindible** contar con un Certificado Único de Discapacidad emitido por autoridad competente vigente.

Cuando este CUD se vence es exclusiva responsabilidad del socio renovarlo con el tiempo suficiente para no perder las coberturas, las mismas caducarán al vencer el mismo.

La presentación de la solicitud correspondiente al año en curso debe realizarse para socios con Obra Social hasta el 28 de febrero para aquellos tratamientos anuales.

En caso de tratarse de un socio individual con prestaciones educativas debe cumplir con la misma fecha, pero para otro tipo de tratamientos lo deberá presentar hasta el 30 de Abril del mismo año.

Si usted va a solicitar autorización para prestaciones por primera vez o ante renovaciones, cambios de tratamientos o evaluaciones, OMINT se reserva el derecho de solicitar que realicen una entrevista con el equipo interdisciplinario de discapacidad con la finalidad de evaluar al socio.

NO SE HABILITARÁN TRATAMIENTOS SIN CUMPLIR CON LA ENTREVISTA PREVIA CUANDO ASÍ SEA INDICADO.

En caso de incorporarse una nueva prestación y/o realizar una modificación sobre un trámite en curso, la misma debe gestionarse con una anterioridad de 30 días a su inicio.

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

Es importante que se le entregue al socio toda la documentación requerida por las normas para la autorización de las prestaciones, ya que la demora en aprobarse las mismas imposibilita su inicio.

Es nuestra obligación comunicarles que el Ministerio de Salud ha emitido el Decreto 904/2016 que crea un sistema de entrega ágil de fondos a los agente de salud que conforman el Fondo Solidario De Redistribución, con destino al pago de prestaciones con recuperado del Programa SUR (Sistema Único de Reintegro). Este decreto tiene vigencia desde el mes de Setiembre de 2016 y requiere cumplir una serie de requisitos por parte de los prestadores para poder estar incluidos en dicho sistema. La incorporación a este sistema por parte de los Agentes de Salud alcanzados es de carácter obligatorio.

Todos los pagos se realizarán mediante transferencia bancaria a una cuenta a nombre del prestador que brinde los servicios al socio discapacitado y facture directamente a una Obra Social los mismos. Los pagos al prestador serán realizados por transferencia electrónica una vez que la Obra Social haya recibido los fondos de la SSS destinados a abonar cada factura presentada.

Por tal motivo, los prestadores deberán presentar la constancia impresa de la CLAVE BANCARIA UNIFORME (CBU) que debe contener los datos del CBU y el detalle del o los titulares de la cuenta. El titular de la cuenta debe ser la misma persona física / jurídica que brinda la prestación según lo determinado por la SSS.

Cada factura debe presentarse en forma mensual, se recomienda la celeridad en la presentación ya que eso permitirá revisar los comprobantes y en caso de encontrar un error, solicitar la corrección sin afectar los plazos de pago. Es importante recalcar que las facturas deben presentarse mes a mes.

A partir que reciba la primera transferencia efectuada por este nuevo sistema, con cada presentación de la nueva factura deberá entregar un recibo de cobro cancelatorio sea cual fuere su tipo de contribuyente, de acuerdo a lo establecido por la SSS.

2.1 Lineamientos Generales

- El trámite de Solicitud de prestaciones por Discapacidad debe realizarse en la Sucursal cabecera asignada, deben solicitar turno con anterioridad.
- Tenga en cuenta que si en años anteriores las prestaciones por Discapacidad fueron brindadas directamente por su Obra Social, para el año en curso deberán renovar la autorización según los circuitos establecidos por la Obra Social correspondiente.
- Toda la documentación requerida para solicitar el alta de una prestación con cobertura por el programa de discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales.
- Toda la documentación debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, liquid paper, cambios de tinta y/o letra.
- Recuerde que el Resumen de historia clínica, orden médica y los formularios deberán ser completados con una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas. **Toda la documentación debe ser manuscrita por el profesional.**
- Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador presupuesta y detalla en el plan de trabajo.
- No se podrá señalar el nombre del prestador en la indicación médica, se informa que se cuenta con una cartilla de prestadores de discapacidad, si el prestador por ustedes seleccionado no integra la cartilla de OMINT pueden solicitar se evalúe su incorporación, esto será posible siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos por la SSS.
- Los diversos prestadores deben cumplir con las normativas vigentes, según sea el caso, los profesionales deberán presentar el Registro Nacional de Prestadores y las Instituciones su Categorización por el Servicio Nacional de Rehabilitación o Junta descentralizada Evaluadora Provincial. Los inicios de trámite no significan categorización.
- No se habilitarán tratamientos con prestadores o Instituciones que no se encuentren correctamente registrados o categorizados para las prestaciones que están presupuestando.
- La cobertura de las prestaciones serán habilitadas conforme el Nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud y de acuerdo a los aranceles que reglamente el Ministerio de Salud, publicadas en el Boletín Oficial.
- Todas las modificaciones en los valores del Nomenclador de Aranceles vigentes se realizará en forma automática, sin necesidad de emitir nuevo presupuesto, siempre y cuando se trate de prestaciones contempladas en este nomenclador.
- Para las prestaciones que no figuran en el Nomenclador de prestaciones o los prestadores que no se encuentran inscriptos, el Programa de Discapacidad analizará el aumento de valor solicitado. De ser autorizado en ningún caso será de manera retroactiva.
- Se pone en conocimiento de los socios que el plan de trabajo presentado deberá establecer objetivos particulares, evidenciables respecto de las características de cada persona con discapacidad. Se deberán contemplar tiempos libres y de soeialización en las propuestas de tratamiento. Se deberá confeccionar informes semestrales que den cuenta de los objetivos específicos y diferenciados logrados.
- Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria o en internación domiciliar solicitadas deberán ser indicadas por la especialidad del profesional que lo realiza y no por la modalidad de atención. Por ejemplo, cuando se requiere Tratamiento Cognitivo Conductual, la misma consiste en una vía de abordaje del tratamiento psicológico. Por tal motivo deberán solicitar sesiones de psicología para realizar TCC.
- Sólo deben iniciarse los trámites de cobertura por el programa de Discapacidad para socios mayores de un (1) año de edad, antes se encuentran con cobertura al 100% por PMI y la SSS no admite la presentación de documentación por menores de 1 año.
- Las prestaciones brindadas por el Programa de discapacidad caducarán para los socios con Obra Social y los individuales con prestaciones educativas el 31 de diciembre de cada año en que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación para el nuevo año. En el caso de socios individuales con tratamientos no educativos, los mismos caducarán el 30 de abril de cada año.

- Todas las prestaciones brindadas dentro del Programa de discapacidad serán evaluadas luego de 6 meses de tratamiento como máximo, debiendo los prestadores presentar un informe evolutivo. Dicho informe será evaluado junto a los objetivos presentados y se determinará como continuará el tratamiento.
- Se comunica a los socios que cuando corresponda, las autorizaciones serán remitidas al prestador por mail o por la WEB y resultarán indispensables para poder facturar. Se recuerda que los prestadores que deben solicitar las mismas cada mes. Constituirán una excepción aquellos prestadores que tengan conectividad y autoricen por esa vía.
- En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada. Hecho que requiere en todos los casos el análisis de auditoría del Programa de Discapacidad.
- No se dará curso al expediente hasta tanto no se haya recibido la documentación solicitada pertinente y detallada en este manual. Deben recordar que si fuera necesario se puede solicitar información adicional a efectos de cumplir con los requerimientos dispuestos por las normativas vigentes.
- No se reconocerá la cobertura de prestaciones desde el inicio del año cuando el expediente haya sido iniciado en el segundo semestre del año.
- El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta neta responsabilidad del prestador y el socio, esta situación **NO OBLIGA AL AGENTE DE SALUD A CUBRIR LAS PRESTACIONES.**
- 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 del programa de discapacidad, ni obliga al Agente de Salud a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- En caso de prestaciones en Instituciones que brinden jornada simple (EGB – CET – Centro de día, etc.) no corresponde abonar almuerzo. Solo será evaluado en condiciones particulares que lo amerite.
- En caso de MII/MIS (módulo integral intensivo o simple) la prescripción del médico debe detallar las prestaciones que componen el módulo. El mismo debe coincidir con el presupuesto. Los módulos contemplan por normativa de la SSS 4 semanas al mes.
- Cuando un socio no asista durante un periodo a una prestación, se debe informar a través de una nota firmada por los padres o profesional, para lo cual existe el formulario FOR SER ENF 009
- En el momento en el cual se presente la documentación completa es necesario presentar completo el formulario FOR SER ENF 011 cronograma de actividades completo y con la firmas requeridas.
- En cada ocasión en la cual se inicie una terapia, deberán presentar un informe evaluativo. En tanto que la continuidad de una terapia ya iniciada es evaluada con informe evolutivo.

2.2 Detalle de la documentación a presentar

2.2.1 Nota manuscrita de solicitud de ingreso al Programa de Discapacidad del socio titular.

La nota debe ser manuscrita, en original y contener los siguientes datos:

- Fecha (la misma deberá ser anterior al inicio del período solicitado).
- Período solicitado de la prestación (meses del año para los cuales se solicita la o las prestaciones). Ejemplo: de Febrero a Diciembre de 2022.
- Domicilio particular, código postal, email, teléfono particular, celular y/o laboral del socio, actualizados a efectos de facilitar la comunicación.
- Firma del beneficiario titular con aclaración y DNI al pie de la misma.
- Modalidad: Ejemplo: EGB, CET, Centro de día, etc., indicando tipo de jornada, para Atención Ambulatoria se deberá indicar cada terapia con su carga horaria. (Ej, Fonoaudiología 3 sesiones por semana)
- En caso de solicitar transporte especial para la asistencia a tratamientos, por favor, consignar en la nota los días en que el traslado se realiza por ese medio y si algún día se utiliza algún medio de transporte alternativo (Por ejemplo: los martes el viaje se realiza en el auto particular de un familiar).

2.2.2 Fotocopia de D.N.I. y Constancia de CUIL.

Se deberá adjuntar fotocopia de las dos primeras hojas del DNI/LE/LC/CI/PAS, según corresponda del socio titular y del socio que ingresa al programa si no fuera el titular y la constancia de CUIL de ambos.

2.2.3 Formularios.

El socio titular deberá completar el siguiente formulario en original:

- Encuesta Social – FOR SER ENF 022
- Datos Socio Familiares –FOR SER ENF 021

Según el trámite solicitado se deberán utilizar los formularios que se han diseñado para tal fin. Se indica en cada caso de que formulario se trata.

2.2.4 Fotocopia del certificado 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 22.431/87).

En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, NO podrá presentar trámite solicitando prestaciones dentro del Programa de Discapacidad. No será válida la gestión realizada por cobertura de prestaciones dentro del Programa de Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad. No se serán válidos los Certificados presentados que omitan o contengan errores en su confección si no se encontraran debidamente salvados por un representante del órgano emisor, con su correspondiente firma y sello.

La fotocopia presentada debe ser legible en su totalidad.

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. Se recuerda que es responsabilidad del socio contar con un CUD vigente y realizar los trámites correspondientes para la renovación con el tiempo necesario para no quedarse sin cobertura.

2.2.5 Resumen de historia clínica

- Se debe utilizar el formulario provisto para este fin y el profesional debe completar todos los campos indicados. FOR SER ENF 008
- El mismo debe ser original y manuscrito con letra legible por el profesional que lo confecciona.
- Podrá estar confeccionado por el médico tratante del socio causante y eventualmente podrá ser reemplazado y confeccionado por el equipo interdisciplinario de OMINT.
- A su vez, deberá estar completa y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto, justificando cada indicación.
- Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación
- La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

2.2.6 Escolarización

- En el caso de tratarse de socios en edad de formación educativa es necesario presentar la Constancia de alumno regular del año en curso. Si el socio que se encuentra en el Programa de Discapacidad o quien está solicitando su ingreso no asistiera a una institución educativa se deberá presentar una nota que indique que el socio por quien se solicita la prestación no se encuentra escolarizado. FOR SER ENF 005

2.2.7 Prescripción médica.

La misma debe ser original en formulario FOR SER ENF 020/038 el cual deben completar en forma íntegra.

- La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/18, la fecha debe ser 28/02/18 o anterior).
- Debe indicar el diagnóstico
- Debe indicar el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2022.
- La firma y el sello del profesional deben ser legibles.
- Si se solicitan prestaciones ambulatorias por sesión, debe indicar especialidad, cantidad semanal requeridas para cada una de ellas y detalle del tipo de tratamiento que deberá brindar el terapeuta.
- Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble).
- En caso de solicitar Apoyo a la Integración Escolar, el médico debe indicar si la prestación la brinda una Institución, en tal caso debe solicitar la prestación con EQUIPO INTEGRADOR. En caso de requerirla con una Maestra de educación especial o psicopedagoga, debe solicitarla como "INTEGRACIÓN CON Maestra de Apoyo".
- En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. FOR SER ENF 006 En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM y adjuntarse la misma. FOR SER ENF 014
- La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. De ser comprobado que es así, la misma será desestimada.
- La fecha de emisión de la prescripción debe ser anterior a la fecha de inicio del período solicitado en la misma.
- Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

3.1.7 Prestaciones Especiales

Hidroterapia

- La prestación será habilitada cuando el paciente presente patología motora y durante un período de tiempo nunca mayor a un año.
- La prestación deberá brindarse en Instituciones de Salud o en piletas habilitadas para tal fin por el Servicio Nacional de Rehabilitación o por el Ministerio de Salud jurisdiccional.
- En el caso de piletas habilitadas para rehabilitación por autoridad competente, pero no habilitadas por el SNR será excluyente que el profesional a cargo de la prestación deba ser indefectiblemente kinesiólogo, psicomotricista o fisiatra.
- Se aclara que los profesores de educación física no están habilitados para brindar tratamientos de rehabilitación por lo que la prestación NO será habilitada a cargo de estos profesionales.
- Las actividades realizadas en natatorios comunes no son terapias de rehabilitación física y no están normatizadas por entidades que acreditan prestadores de salud, lo que imposibilita su control de calidad y medidas de seguridad para socios con capacidades diferentes. Quien determina esta acreditación es el Servicio Nacional de Rehabilitación.

Equinoterapia

- No será habilitada la cobertura de EQUINOTERAPIA, por no ser una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación.
- Se trata de una terapia que no presenta evidencia científica que sustente su cobertura. Además, no se encuentra regulado su funcionamiento por ningún ente de salud. Esto determina que no existan normativas que la regulen, controles, habilitaciones o normativas de calidad que permitan categorizarlos y controlar la calidad de su prestación y medidas de seguridad.
- No existen normativas que determinen que título profesional debe tener quien realizara la rehabilitación del paciente. No es posible evaluar la idoneidad de la persona que brindará prestaciones de rehabilitación en esta área.
- Quien determina esta acreditación es el Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud o Servicio Nacional de Rehabilitación según competencia.

4. DEPENDENCIA

Se considera persona discapacitada 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 deambulación, conforme el índice de independencia funcional (FIM); por lo que deben completarse los formularios FOR SER ENF 014 y FOR SER ENF 006 en caso de solicitarla.

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 las escalas confeccionadas 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.

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

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

Y 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.

5. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación contemplada dentro del Programa de discapacidad ya otorgada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad. Deberán presentar para ello el FOR SER ENF 017

- Nota del socio titular solicitando dicho cambio.
- 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.
- Motivo por el cual se solicita el cambio.
- Documentación pertinente al nuevo prestador - Presupuesto, Consentimiento, Nuevo Proyecto de trabajo con objetivos, Acta acuerdo, Título habilitante, inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o categorización de la institución, etc. (según corresponda a la modalidad).
- Todo cambio de profesional tratante o de prestaciones educativas, deberá ser solicitado y justificado por el médico de cabecera.
- Se autorizarán hasta dos cambios de prestador por año junto a la presentación de los informes evolutivos.

6. CAMBIOS EN LA SITUACIÓN DEL SOCIO DENTRO DEL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD

6.1 Cambio de Tipo de beneficiario.

El programa de Discapacidad deberá ser notificado de inmediato ante un cambio en la relación del socio con OMINT (Titular, Empresa, Directo, Desregulado, etc.)

6.2 Casos de fallecimiento del socio afectado al programa.

Nota del socio titular informando la fecha de finalización del tratamiento.

6.3 Abandono del tratamiento.

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

6.4 No concurrencia del beneficiario.

Nota manuscrita realizada por el socio titular, especificando los motivos de la no concurrencia.

7. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA

No se recepcionarán solicitudes con documentación faltante, incompleta o incorrecta. En caso de detectarse faltantes o inconcurrencias con posterioridad, se procederá al reclamo correspondiente. Dicho reclamo se realizará desde la sucursal donde fueron atendidos, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente.

Eventualmente el equipo interdisciplinario solicitará documentación / información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, si lo considera necesario para determinar cobertura.

8. SOLICITUD DE REINTEGROS

Con relación a la solicitud de reintegros por prestaciones por discapacidad, cabe mencionar que las prestaciones dentro del “área discapacidad” no se encuentran contempladas dentro de los beneficios que se brindan por el plan contratado.

Por tal motivo, solo se aceptarán por reintegro aquellas prestaciones que sean habilitadas por OMINT S.A. específicamente para acceder por esa vía.

El plazo de pago de las prestaciones presentadas por reintegro será establecido por OMINT estipulando el mismo en 45 días como mínimo. Las excepciones se determinarán desde el Programa de Discapacidad.

- Para poder confeccionar correctamente la factura de reintegro, solicitar los requisitos y las condiciones en la sucursal de OMINT o ingresar a www.omint.com.ar
- Para solicitar un reintegro se deberá completar el FOR SER REI 003 con todos los datos solicitados en el mismo.
- Se debe presentar en la sucursal de OMINT S.A. asignada.
- La factura debe ser original Tipo B o C o recibo oficial original B o C (según normativas vigentes de AFIP) emitida por el profesional o Institución.
- Tiene que ser emitida a nombre, apellido y DNI del socio titular y en el cuerpo de la misma el nombre y apellido del socio que recibe la prestación.
- Debe detallar prestaciones realizadas, fecha y diagnóstico, con firma, sello y especialidad del emisor
- En toda prestación que se brinde por reintegro, se deberá entregar adjunto a la factura del prestador correspondiente, la planilla de asistencia conformada por el socio o representante y el profesional prestador tratante, debe haber total coincidencia entre las sesiones facturadas con las detalladas en la planilla y las autorizadas. Este requisito debe cumplirse cuando se trate de prestaciones que se brindan con una concurrencia periódica durante el mes.

- En caso de que OMINT lo requiera, deberá presentar información adicional.
- En caso que la factura o recibo tuviera enmiendas, estas deberán estar salvadas con firma y sello del profesional.
- El plazo de presentación de la misma vence a los 30 días corridos a contar desde la fecha de emisión de la factura, que deberá cumplir con todos los requisitos legales reglamentados por la autoridad competente, vigentes al momento de la emisión de la referida documentación.

9. SOLICITUD DE MEDICACIÓN

La cobertura de medicamentos en discapacidad está reservada a todos aquellos medicamentos que son inherentes a la patología específica de la discapacidad y serán cubiertos al 100% de acuerdo a la normativa vigente. El resto de los medicamentos podrán ser adquiridos según corresponda dentro de los programas de medicamentos crónicos con el 70%, por plan según cobertura del mismo o programas especiales con cobertura al 100% (Ej.: oncológicos, HIV, ACBI, etc.)

Para ello el médico tratante deberá indicar cada medicamento con la justificación por la cual lo indica y deberá completar el formulario provisto para este fin.

La información recibida según el formulario FOR SER ENF 019 será auditada y autorizada a ser provista cuando cumpla los requisitos señalados. La misma podrá ser autorizada por un tiempo determinado, pudiendo solicitar un nuevo justificativo para prorrogar la cobertura si la auditoría así lo considera necesario.

En cada ocasión que se requiera un cambio de dosis, el profesional deberá confeccionar una receta indicando la nueva dosis con la correspondiente justificación médica.

Con cada cambio de tratamiento y/o incorporación de medicamentos, el profesional deberá dejar constancia del tratamiento completo que está llevando a cabo el paciente con la finalidad de que el equipo interdisciplinario de discapacidad pueda evaluarlo.

Para la adquisición de los medicamentos los socios de AMBA y Córdoba, deberán comunicarse con el Call Center de la Red habilitada con el fin de programar la entrega y la farmacia en la que se efectivizará la misma. El contacto se realizará en las siguientes líneas: 5353-0090, 4248-9860 o al e-mail: omint@proveersalud.com.ar / callcenter@proveersalud.com.ar

En la sucursal se le brindará el listado actualizado de farmacias que integran la Red de Discapacidad o pueden verlo en la página WEB de la red Proveer. Una vez realizada la comunicación con el Call center se le indicará cuando puede pasar a retirarlos y le remitirán la autorización correspondiente para ello.

Se le recuerda que los medicamentos tienen cobertura únicamente en las farmacias de la Red Proveer y hasta los límites de envases por mes que derivan de la indicación médica.

Se recuerda a los Sres. Socios que la Solicitud de medicación a la Red debe ser un fiel reflejo de la indicación médica, por lo que es recomendable que en el momento del llamado tenga la receta a su alcance o envíe la misma por e-mail.

Al margen de la autorización inicial dentro del programa de discapacidad, para retirar los medicamentos deben contar con una receta confeccionada cumpliendo los lineamientos generales de confección de recetas estipuladas por OMINT S.A.

En el resto del país, deberán presentar la documentación mencionada cada mes para su autorización y posterior retiro por las farmacias contratadas. La misma será sellada por auditores médicos de OMINT S.A. para que luego puedan acceder a cualquier farmacia de cartilla.

10. COBERTURA DE AYUDAS TÉCNICAS Y/O ELEMENTOS DE APOYO PRÓTESIS Y ORTESIS

Los insumos, ayudas técnicas y/o elementos de apoyo que se autorizará serán aquellos relacionados exclusivamente con la discapacidad del socio, y atento al diagnóstico presente en CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (C.U.D.).

Todo socio que solicite cobertura de ayudas técnicas y/o elementos de apoyo deberá completar el Formulario “TERMINOS Y CONDICIONES PARA LA PROVISION DE INSUMOS y/o AYUDAS TÉCNICAS” FOR SER ENF 024; de no cumplirse con este requisito el expediente no será gestionado – auditado.

El médico prescriptor deberá ajustarse a indicar el material o elemento solicitado atento a la “funcionalidad” para la cual se lo requiere (por ej: silla de ruedas postural), descartando de la indicación médica toda descripción o característica específica que induzca a marca o modelo determinado. De no cumplirse con este requisito el expediente no será gestionado – auditado.

Los socios deben presentar una prescripción médica genérica (sin mención de marca) conforme los lineamientos del PMO, la Ley de ejercicio profesional de la medicina y el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Argentina. Deben completar el FOR SER ENF 025

En función de los materiales solicitados OMINT requerirá estudios complementarios que certifiquen la patología o el grado de afección del paciente, cuando el socio los posea de la etapa de diagnóstica realizada por el profesional tratante, se sugiere su presentación junto al pedido médico para agilizar el trámite.

OMNIT S.A. se reserva el derecho de evaluar lo solicitado por su equipo interdisciplinario o por profesionales especialmente contratados para este fin. Esta evaluación puede ser realizada en el domicilio del socio o puede citarse al mismo en un lugar específico. De realizarse en domicilio se completará el FOR SER ENF 028

Las ayudas técnicas y/o elementos de apoyo que sean “a medida” (por ej: silla de ruedas) deberán acompañarse de una Planilla de toma de medidas; las mismas deberán ser tomadas por médico prescriptor y/o profesional idóneo, con firma y sello de los mismos. De no cumplirse con este requisito el expediente no será gestionado – auditado. (ver modelo de planilla).FOR SER ENF 029

Para la solicitud de silla de ruedas se deberán completar los formularios confeccionados para este fin. FOR SER ENF 029 /FOR SER ENF 026 /FOR SER ENF 027

El socio podrá presentar presupuestos, los cuales serán tomados en cuenta toda vez que el agente de salud no consiguiera cotizaciones. Sin perjuicio de lo antedicho, se gestionará la obtención de presupuestos a través de ortopedias convenidas.

Cuando se autorice y tramite por reintegro un equipamiento, el proveedor deberá presentar junto con la factura correspondiente, la planilla de REMITO DE ENTREGA DE INSUMO, con firma y aclaración del receptor, como requisito excluyente para el análisis de la facturación, y su posterior liquidación.

Cuando sean solicitados audífonos, será requisito excluyente concurrir para evaluación y presupuesto a la MAH (Mutual Argentina de Hipoacúsicos) y a GAES. El socio podrá presentar otros presupuesto de otras marcas adicionales. Si las selecciones de otoprótesis realizadas indican un porcentaje de audición adecuado se autorizará la provisión con las empresas contratadas por OMINT.

En caso que el socio decida la compra de la ayuda técnica y/o elemento de apoyo, a través de proveedor distinto al autorizado, se reconocerá hasta el valor más bajo resultante de la compulsa de precios de los proveedores seleccionados por OMINT, del elemento en cuestión.

Queda EXCLUSIVAMENTE a cargo del Titular - socio y/o familiar responsable, la devolución de aquellas ayudas técnicas y/o elementos de apoyo otorgados oportunamente, cuando ya no se utilizaren.

Todo el equipamiento que sea provisto a los socios será entregado previa firma de un COMODATO cuando OMINT S.A. así lo decida.

11. COBERTURA DE PAÑALES

Para la cobertura de pañales dentro del programa de Discapacidad se debe presentar un resumen de Historia clínica con la justificación del pedido médico y completar el FOR SER ENF 045.

Los profesionales deben indicar en el pedido la edad del paciente, el peso y el tamaño de pañal que solicita. No podrán indicar una marca o característica determinada.

En el caso de pacientes incontinentes que no deambulan, se cubrirán hasta 120 pañales por mes. Dichos pañales podrán ser retirados del lugar indicado por OMINT S.A.

Cuando se trate de paciente incontinentes que deambulan se cubrirá hasta un máximo de 60 pañales por mes.

En todos los casos será OMINT S.A. quien determine la marca de pañales provista, dejando además expresa constancia de que no se cubrirá ropa interior descartable, ni pañales de marcas importadas ni apósitos.

Para acceder a los mismos en AMBA luego de ser autorizados, el socio debe comunicarse (una vez por mes) a la Red Proveer en las siguientes líneas: 5353-0090, 4248-9860 o al e-mail: omint@proveersalud.com.ar / callcenter@proveersalud.com.ar con la finalidad de coordinar el día y farmacia en que deberá retirar los pañales.

En el Interior del país, luego de autorizados los pañales, se autorizará un monto de dinero, el socio puede comprar los pañales en el proveedor que prefiera y luego presentar el ticket para su reintegro hasta el monto autorizado.