

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:

viernes, 15 de noviembre de 2024

GESTION DE DISCAPACIDAD

CONTACTOS:

- Correo electrónico: integracion@mutualaye.com.ar.
- Horario de atención: lunes a viernes de 8 hr. a 16 hr.

1. SOLICITUD POR PRIMERA VEZ

Si es la primera vez que va a solicitar prestaciones por el área, deberá solicitar una entrevista con la oficina de discapacidad al mail integracion@mutualaye.com.ar.

CONTINUIDAD PRESTACIONAL/RENOVACIÓN

Las prestaciones no son de renovación automática, por lo tanto, para la renovación del tratamiento deberán completar el siguiente instructivo. **Mutual AyEE se reserva el derecho de solicitar que realicen una entrevista con el Equipo de Discapacidad con la finalidad de evaluar a la persona beneficiaria.**

La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 días hábiles previa al inicio de la prestación requerida, dado que es el tiempo estimado del análisis y posterior autorización de las prestaciones solicitadas.

INSTRUCTIVOS REQUERIDOS

El presente instructivo se divide en secciones, en las mismas se encuentra la documentación por presentar de acuerdo con la prestación requerida:

- Instructivo Rehabilitación. ([Instructivo-REHABILITACION.pdf](#))
- Instructivo Hogar. ([Instructivo-Hogar.pdf](#))
- Instructivo Prestaciones Educativas. ([Instructivo-prestaciones_educativas.pdf](#))
- Instructivo Transporte. ([Instructivo_TRANSPORTE.pdf](#))

2. LEGAJO

La presentación de la documentación para solicitar la cobertura de las prestaciones de discapacidad deberá realizarse vía correo electrónico a la casilla: integracion@mutualaye.com.ar.

Una vez recibido el expediente por el sector de Discapacidad, el equipo procederá a:

- a. Chequear que la documentación solicitada esté completa y que cumpla las normativas vigentes. En caso de que la documentación presente irregularidades o faltantes, el expediente quedará en estado de **PENDIENTE**, informando esto a la delegación y al beneficiario/a correspondiente, con el fin de cumplimentar lo requerido por el sector.
- b. Evaluación por parte de la auditoría en discapacidad, quien lo analizará, modulará y autorizará según corresponda dentro de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

3. **NORMATIVAS GENERALES – IMPORTANTE**



La obra social realizará las auditorías que considere necesarias a efectos de constatar la real y efectiva prestación recibida por la persona beneficiaria. En caso de que Mutual AyE tome conocimiento de que se han facturado prestaciones y/o servicios que no han sido recibidos por el/la beneficiario/a, se realizarán las denuncias pertinentes ante los organismos de control, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que pudieran corresponder. El prestador infractor, los/as familiares del/la paciente y terceros involucrados en la conducta ilegal, serán responsables por los daños y perjuicios ocasionados.

- Solo pueden iniciarse trámites por Prestaciones del Sistema Básico de Discapacidad **a partir del año de edad**. Antes de cumplir el **año de edad**, la cobertura será brindada a través del **Plan Materno Infantil (PMI)**.
- No se autorizarán prestaciones con fecha anterior a la de emisión del Certificado Único de Discapacidad (CUD).
- Las prestaciones de apoyo solo serán reconocidas como complemento de una prestación principal educativa o de rehabilitación con la constancia pertinente que acredite tal condición.
- El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en el módulo de rehabilitación ambulatoria es entre 45-60 minutos.
- Se considerará 1 (una) sesión por cada día de asistencia, sin excepción.
- En caso de superar los 1500 km mensuales total de traslado, será necesario presentar:
 - Certificado policial de domicilio (se realiza también en el registro civil).
 - Carta de justificación realizada por alguno de los padres, donde se detalle el motivo y las causas por las cuales deberá recorrer tantos km hacia la institución seleccionada y no asistir a una más cercana a su domicilio.



4. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con cobertura por discapacidad ya otorgado, se deberá remitir, al momento de producirse la novedad la siguiente documentación:

- [Anexo-10-Solicitud-de-cambio-de-prestador.pdf](#)
- **Anexo 7 u 8** según corresponda (presupuesto).
 - [Anexo-7-Presupuesto-de-prestador.pdf](#)
 - [Anexo-8-Presupuesto-de-transporte.pdf](#)
- **Anexos 6 “A, B o C”** según corresponda (consentimiento)
 - [Anexo-6A_consentimiento.pdf](#)
 - [Anexo-6B_consentimiento.pdf](#)
 - [Anexo-6C_diagrama_de_traslados_consentimiento.pdf](#)
- Informe de admisión.
- 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).
- Constancia de AFIP.

5. MODIFICACIONES PRESTACIONALES

- Abandono del tratamiento: nota del beneficiario/a titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.
- En caso de incorporación de un nuevo tratamiento o cambio en la frecuencia de este, se solicita un Resumen de Historia Clínica justificando dicho cambio, pedido médico y [Anexo 7](#).
 - [Anexo-7-Presupuesto-de-prestador.pdf](#)
- Cambio del recorrido de transporte por cambio de domicilio: se deberá presentar nota de padre/madre/tutor indicando el nuevo domicilio y la fecha exacta del cambio de recorrido, [Anexo 6C](#), [Anexo 8](#) y [Google Maps](#).
 - [Anexo-6C_diagrama_de_traslados_consentimiento.pdf](#)
 - [Anexo-8-Presupuesto-de-transporte.pdf](#)
- **Todo pedido de ampliación/modificación del tratamiento, cambio de prestador, etc. quedará sujeto a la reevaluación integral del conjunto de las prestaciones solicitadas, por parte del Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.**



6. DOCUMENTACIÓN GENERAL DE LA PERSONA BENEFICIARIA

- Formulario de datos generales ([anexo 1](#)).
 - [Anexo-1-Datos-generales.pdf](#)
- Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad vigente.
- Fotocopia del DNI del/la titular y del/la paciente (frente y dorso).
- Fotocopia de constancia de CUIL del/la titular y del/la beneficiario/a.
- Constancia de Alumno/a Regular original de la escuela a la que asiste, indicando turno y grado en el que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela, domicilio y teléfono. El mismo debe incluir el CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos.
- En caso de que el/la paciente se encuentre en edad escolar (entre 3 y 20 años) y que no reciba ninguna modalidad educativa, se deberá completar la nota por no escolarización ([anexo 3](#)).
 - [Anexo-3_nota_no_escolarización.pdf](#)
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor ([anexo 11](#)).
 - [Anexo-11_conformidad-prestacional.pdf](#)
- Cronograma de horario semanal del/la beneficiario/a ([anexo 5](#)). Deberá ser completado y firmado por el/la afiliado/a titular donde detalle todos los tratamientos que realice el/la paciente.
 - [Anexo-5-Cronograma-de-actividades.pdf](#)

7. DOCUMENTACIÓN MÉDICA

- Resumen de historia clínica ([anexo 2](#)).
 - [Anexo-2_RHC.pdf](#)
- Prescripción firmada por el/la médico/a tratante. La misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de beneficiario/a, diagnóstico, prestación solicitada, periodo de cobertura y con fecha anterior al periodo solicitado (por ejemplo: si la prestación se solicitará en el período febrero a diciembre 2025).
- Planilla de solicitud de traslado ([anexo 9](#)) en caso de corresponder traslado.
 - [Anexo-9-Planilla-de-solicitud-de-transporte.pdf](#)
- Medida de independencia funcional Tabla FIM, ([anexo 4](#)) en caso de corresponder dependencia.
 - [Anexo-4-Medida-de-independencia-funcional-FIM-1.pdf](#)