

Modulo de Auditoría en Discapacidad - Estudio de Casos -

Consigna:

Se conformaran grupos (no más de tres miembros) en los que se trabajarán al menos cuatro casos. Finalizada esa clase, deben ser presentados como trabajo final requerido para la aprobación del Curso. Dicha presentación podrá ser individual o grupal.

1. Usted se desempeña como auditor de una OS o pre-paga, y debe evaluar el pedido de un afiliado con una discapacidad motriz. Requiere cobertura de transporte para el traslado diario a su trabajo y un auxiliar que lo asista en su jornada laboral. ¿Cómo evaluaría ambas solicitud? Justifique la misma.
2. Realizar un relevamiento de las OOSS y pre-pagas que brindan servicios en su provincia. Deberá consignar cuantas cuentan con responsables de auditoria y en que sector. Cual es el circuito administrativo para las solicitudes de beneficiarios que cuenten con certificado de discapacidad.
3. Usted se desempeña en una Obra Social o Medicina Prepaga y le solicitan la cobertura de transporte para un niño de 7 años con una discapacidad mental, entre otras prestaciones. Al evaluar la documentación descubre que dicha prestación es brindada con el transporte del padre del niño que a tal efecto modificó la cobertura del seguro, pudiendo ahora con ese vehículo transportar a terceros con la cobertura correspondiente. Determine a la luz de las leyes 19279 y 24901 y otras normativas, si existe algún impedimento para otorgar esa cobertura, desarrolle cual/es serían los argumentos para el otorgamiento o no de la misma.
4. Usted se desempeña en una Obra Social o Medicina Prepaga ¿Por qué razón dispondría una auditoría a un establecimiento de atención en discapacidad? ¿Cuáles serían a su juicio los elementos que deberían auditarse? ¿Cómo se evaluarán esos elementos?
5. Deberá diseñar un modelo de legajo, ficha de admisión y quienes integrarían preferentemente su equipo evaluador interdisciplinario?
6. Paciente mujer de 38 años, diagnostico de Paralisis Cerebral, con certificado de discapacidad que orienta prestacionalmente a Rehabilitación y transporte. Diagnostico Funcional: a) Deficiencia: 3.35; 3;7 . Discapacidad 2 al 6 . Minusvalia 2.5; 3.3; 4.5; 5.1; 6.4. Dificultad en la marcha, espastica, dificultad en el habla, sin convulsiones. Certificado con validez hasta el 18/06/2010. Solicita prestación de Centro de Día, vive en zona rural, hay diferentes prestadores que ofrecen varias prestaciones, entre los cuales se encuentra uno que brinda la modalidad Centro de Día. Se hace lugar a lo solicitado? De ser favorable o denegada la solicitud: justificar. Alternativas de existir cuales propondría?.
7. Hombre de 37 años. Diagnostico: Retraso Mental Moderado. Diagnostico funcional: Funciones Corporales: b117.2 b140.2 b199.2 Estructuras corporales s110.888 Actividad/Participación: d177.23 d199.23 d850.23 Factores Ambientales: e310+2 e355+3 e5801+2. El Certificado Orienta a: Centro de Día y transporte.. Autovalido en AVD. Solicita Centro de Día y Transporte con dependencia, Que prestación otorgarían?
8. Hombre 49 años. Diagnostico: Paraplejia no especificada. Diagnostico funcional: Funciones corporales: b5253.3 b6202.3 b7303.4 b7353.4 b7401.4 Estructuras corporales: s12001.477 Actividad/participación: d410.24 d450.24 d465.24 d510.24 d530.23 d540.24 d620.23 Factores ambientales: e310+3 e355+3 e1158+3 e1201+3 e5700+3 e5801+3 El Certificado Orienta a: Rehabilitación y transporte.. El paciente esta en silla de ruedas y es autovalido para aseo. El pedido esta orientado a Centro de Día y Transporte, Corresponde? Detalle su evaluación.