**OBRA SOCIAL CERAMISTA**

DOBLAS 629- CP 1424 –CABA- TEL 11 4921-0906

Email discapacidad@osce.com.ar

**ESTIMADO /A AFILIADO/A**

Por la presente nos dirigimos a ud con el fin de hacerle entrega del instructivo de documentacion respaldatoria de la Solicitud de prestaciones para las personas con discapacidad ciclo 2022 , conforme a las pautas establecidad en la Resolución 1731/2021-APN-SSS-MS

1. Los expedientes podrán ser enviados por medios digitales al mail: discapacidad@osce.com.ar , ser presentados personalmente en DOBLAS 629- CABA –CP 1424, de lunes a viernes de 9 a 18 hs, o por correo postal.
* discapacidad@osce.com.ar
* **ASUNTO : NOMBRE DEL AFILIADO AÑO 2022**
1. La Obra Social no será responsable de demoras derivadas de envíos incompletos o no legibles asi como falta de respuesta a la observaciones emitidas, poniendo a su disposición en caso de dificultad de envio digital, la recepción personal de la documentacion o por correo postal.
2. Los Solicitudes incompletas respecto de la documentacion respaldatoria requerirán que se cumplan con las observaciones emitidas a los fines de la autorizacion.
3. La vigencia del expediente es por año calendario, venciendo el 31 de diciembre todas las autorizaciones emitidas.
4. Dado que la gestión de autorización no es inmediata se sugiere la presentación del expediente con la antelación para contar con la autorización a la fecha de inicio del tratamiento.
5. **No será responsabilidad de la Obra Social la demora en la emisión de autorización por presentación fuera de termino o falta de respuesta a las observaciones emitidas a tal fin.**
6. Se informa que **no se autorizan** **periodos de atención previos a los de ingreso de la documentación y /o de emisión de la autorización por parte de la Obra Social.**
7. La documentación presentada no debe llevar, enmiendas /tachaduras /cambio de letra o tinta.

Quedamos a su disposición ante cualquier consulta

Saludos cordiales

 Dra Marcoff Roxana- Auditoria Medica OSCE

**DETALLE DE DOCUMENTACION A PRESENTAR**

* Certificado de discapacidad vigente emitido por Organismo Competente.
* DNI y carnet ,del titular y beneficiario
* Ultimo recibo de sueldo, en caso de monotributo últimos 3 meses de pago.
* **Resumen historia clínica** firmado por medico tratante( no puede ser realizado por profesional de la institución donde se realice el tratamiento) , **consignar nombre y apellido , DNI , Obra Social y nro de afilada/o .**

No debe llevar enmiendas ni tachaduras.

* **Conformidad** por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad /familiar responsable/tutor , el cual se adjunta al presente
* **Prescripcion de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones básicas para Personas con Discapacidad , firmada por medico tratante .**

El pedido Medico no puede ser realizado por profesional de la institución donde se realice el tratamiento, **consignar nombre y apellido , DNI , Obra Social y nro de afilada/o .**

No debe llevar enmiendas ni tachaduras.

* + - **Rehabilitación :** Nombre y apellido , DNI ,Obra Social y nro de afiliado , especificar especialidades y cantidad de sesiones semanales por especialidad, mes de inicio / mes de finalización, año 2022, sin enmiendas ni tachaduras .
		- **Escuela especial , Centro Educativo Terapeutico y Centro de Dia** :Nombre y apellido , DNI, Obra Social y nro de afiliado , especificar tipo de jornada (simple o doble )¸mes de inicio / mes de finalización y año 2022 , sin enmiendas ni tachaduras .
		- **Estimulacion temprana** : Nombre y apellido , DNI, Obra Social y nro de afiliado ,especificar numero de sesiones semanale mes de inicio / mes de finalización y año 2022 , sin enmiendas ni tachaduras .
		- **Dependencia**: se considera discapacitada dependiente la persona a la que debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa de terceros para las actividades basicas de la vida cotidiana (AVD)

En caso de solicitar Dependencia para prestaciones , se debera presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medicion de Independencia Funcional ( FIM ) confeccionada por Lic en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

En caso de solicitar Dependencia para la prestación de transporte , se debera presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medicion de Independencia Funcional ( FIM ) confeccionada por medico tratante y /o Lic en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

* + - **Apoyo a la integración ( requisito escolarización en escuela común )**

Nombre y apellido , DNI, Obra Social y nro de afiliado, especificar mes de inicio / mes de finalización y año 2022, sin enmiendas ni tachaduras .

Esta atención puede ser brindada bajo la **modalidad de maestra de apoyo** o **modulo equipo de integración escolar** ( instituciones categorizadas a tal fin )

Certificado de alumno regular vigente 2022 emitido por la escuela común

Acta acuerdo de integración, firmado por familiar , directivo de la escuela y prestador

 Programa de adaptación curricular por areas , firmada por profesional o equipo tratante

* + - **Transporte**

Nombre y apellido , DNI, Obra Social y nro de afiliado, especificar mes de inicio / mes de finalización y año 2022, sin enmiendas ni tachaduras .

Consignar destino del transporte solicitado respecto de la prestación a realizar

La solicitud debe justificar y especificar los motivos por los cuales el paciente no puede usufructuar el traslado gratuito en transportes publicos de acuerdo a lo previsto en la ley 24.314 art 22 inc.a).

**DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL PRESTADOR**

**Rehabilitacion - Estimulacion temprana – Escuela Especial – CET – Centro de dia**

* **Informe inicial en caso de comienzo de nueva prestación , en el que consten los instrumentos de valoración aplicados y los resultados de la evaluación**
* **Informe evolutivo en caso de continuidad** , en el que consten periodo de abordaje , modalidad de prestación , descripción de las intervenciones realizadas con la personal con discapacidad y su nucleo de apoyo , resultados alcanzados.
* **Plan de abordaje individual ,** en el que conste: periodos ,modalidad de prestación , objetivos específicos del abordaje , estrategias a utilizar en la intervención contemplando diferentes constextos.
* P**resupuesto** de acuerdo al arancel **mensua**l establecido en el Nomenclador de Prestaciones Basicas para Personas con Discapacidad. En el caso de tratamiento ambulatorio , mas de una especialidad corresponde **Modulo Integral simple** ( hasta 3 sesiones /semanales ) o **Intensivo** ( a partir de 5 sesiones semanales ) .
* **Inscripción** en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para Rehabilitacion , Estimulacion temprana y otros vigentes ( Resolu 789/09 MS y modificatorias ( 496/2014-M Sal)
* Inscripcion en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atencion a favor de las Personas con Discapacidad para las prestaciones terapeutico-educativas, educativas-asistenciale ( resolución 1328/06 MSalud)
* AFIP vigente -- constancia de CUIT
* Formulario “ Datos del prestador “, se adjunta
* Direccion de mail del prestador.
* CBU emitido por homebanking.

**Apoyo a la Integracion escolar ( modulo maestra de apoyo o modulo equipo de apoyo a la integración )**

* + - **Constancia de alumno regular, debara ser presentado dentro de los 60 dias corridos de iniciado el ciclo lectivo.**
		- **Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de escuela y prestador, debara ser presentado dentro de los 60 dias corridos de iniciado el ciclo lectivo.**
* **Informe inicial en caso de comienzo de nueva prestación , en el que consten los instrumentos de valoración aplicados y los resultados de la evaluación**

**Informe evolutivo en caso de continuidad**, en el que consten periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la personal con discapacidad y su nucleo de apoyo, resultados alcanzados.

* **Plan de abordaje individual ,** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder , confeccionada por profesional/equipo tratante.
* P**resupuesto** de acuerdo al arancel establecido en el Nomenclador de Prestaciones Basicas para Personas con Discapacidad.
* **Inscripción** en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para Rehabilitacion , Estimulacion temprana y otros vigentes ( Resolu 789/09 MS y modificatorias ( 496/2014-M Sal)
* Inscripcion en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atencion a favor de las Personas con Discapacidad para las prestaciones terapeutico-educativas, educativas-asistenciale ( resolución 1328/06 MSalud)
* AFIP vigente -- constancia de CUIT
* Formulario “ Datos del prestador “, se adjunta
* Direccion de mail del prestador.
* CBU emitido por homebanking.

**Transporte**

* **Conformidad del diagrama de traslados**  firmada por la personal con discapacidad/familiar responsable/tutor.
* **Presupuesto** especificando nombre y apellido del paciente, DNI, domicilio de partida y de destino. KM recorridos por viaje , valor del km. El kilometraje a autorizar es el menor recorrido que surje de la consulta de los mapas digitales al arancel de KM de normativa vigente **y cronograma de traslado** firmado por la persona con discapacidad /familiar responsable /tutor.
* Habilitación
* Poliza de Seguro
* Verificacion técnica vehicular
* Licencia de conducir
* Formulario “ Datos del prestador”
* Inscripción AFIP- constancia de CUIT
* CBU para destino de transferencia emitido por homebanking