

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 para la presentación del legajo individual 2023 correspondiente a las prestaciones previstas en el Nomenclador de Prestaciones Basicas para Personas con Discapacidad, con detalle de la documentacion respaldatoria requerida.

El presente estará sujeto modificaciones en función a los requerimientos de SSS que pudieran surgir posterioridad a este envío

Los expedientes podrán ser enviados :

- por medios digitales al mail: discapacidad@osce.com.ar , el envío de legajos digitales debe tener **formato pdf** y estar **unificados en un documento único** dirección de email discapacidad@osce.com.ar
ASUNTO : NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO/A AÑO 2023
 - ser presentados personalmente en DOBLAS 629- CABA –CP 1424, de lunes a viernes de 9 a 18 hs
 - por correo postal.
 - **Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .**
1. La Obra Social no será responsable de demoras respecto de la presentación siendo requisito la autorización de las prestaciones previo al inicio del tratamiento.
 2. La Obra Social podrá solicitar documentacion respaldatoria y/o ampliación en caso de considerarlo .
 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 antelación para contar con la autorización a la fecha de inicio del tratamiento.
 5. No se autorizan periodos de atención previos a los de emisión de la autorización .
 6. La documentación presentada no debe llevar, enmiendas /tachaduras /cambio de letra o tinta.

Quedamos a su disposición ante cualquier consulta

Saludos cordiales

DETALLE DE DOCUMENTACION A PRESENTAR

1. **Certificado de discapacidad** vigente emitido por Organismo Competente.
2. **DNI y carnet** ,del titular y beneficiario
3. **Ultimo recibo de sueldo**, en caso de **monotributo** últimos 3 meses de pago.
4. **Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .**

5. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

- Nombre y apellido
- DNI
- Obra Social con numero de afiliado /a
- Descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.
- Fecha.
- Firma y sello del profesional con tipo y numero de matricula
- No debe llevar enmiendas ni tachaduras
- **Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .**

6. PRESCRIPCION DE LAS PRESTACIONES COMPRENDIDAS EN EL NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- **La Prescripcion de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones básicas para Personas con Discapacidad , firmada por medico tratante , sello con tipo y numero de matricula.**
- **La prescripción no deberá ser realizada por profesional de la Institucion en la que se efecturan las prestaciones.**
- **Nombre y apellido**
- **DNI**
- **Obra Social con numero de afiliado**
- **Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .**
- No debe llevar enmiendas ni tachaduras.
- Para cada prestación se debe indicar el periodo , la especialidad , modalidad prestacional y de concurrencia (jornada simple-doble)

- Para la prestación de **transporte** , en la prescripción **se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad de moverse en transporte público.**

Rehabilitación: especificar especialidad/es , cantidad de sesiones semanales por especialidad, mes de inicio / mes de finalización, año 2023, sin enmiendas ni tachaduras

Escuela especial, Centro Educativo Terapeutico y Centro de Dia : especificar tipo de jornada (simple o doble) ,mes de inicio / mes de finalización y año 2023 , sin enmiendas ni tachaduras .

Estimulación temprana : numero de sesiones semanales mes de inicio / mes de finalización y año 2023 , sin enmiendas ni tachaduras .El prestador debe ser un centro categorizado a tal fin .

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 básicas de la vida cotidiana (AVD)

1. En caso de solicitar Dependencia para prestaciones de Hogar , Hogar con centro de día , Hogar con Centro Educativo Terapeutico , Centro de Dia , y Centro Educativo Terapeutico , 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.
 2. 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 Escolar /Maestra de Apoyo (requisito escolarización en escuela común)**
 1. Nombre y apellido
 2. DNI
 3. Obra Social con numero de afiliado
 4. Periodo especificar mes de inicio / mes de finalización y año 2023
 5. sin enmiendas ni tachaduras .
 6. Esta atención puede ser brindada bajo la **modalidad de maestra de apoyo o modulo equipo de integración escolar** (instituciones categorizadas a tal fin)

7. Constancia de alumno regular
8. Acta acuerdo firmada por familiar responsable /tutor , directivo de la escuela y prestador
9. Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular confeccionada por profesional /equipo tratante.
- 10. Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .**

○

- **Transporte**

1. Nombre y apellido
2. DNI
3. Obra Social con numero de afiliado
4. Periodo especificar mes de inicio / mes de finalización y año 2023
5. sin enmiendas ni tachaduras .
- 6. Deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad de moverse en transporte público.**
7. Periodo prestacional mes de inicio / mes de finalización y año 2023
8. Destino del transporte
9. sin enmiendas ni tachaduras.
- 10. 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.**
- 11. Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .**

DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL PRESTADOR

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

- Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .
- 1. **Informe inicial en caso de comienzo de nueva prestación** , en el que consten los instrumentos de valoración aplicados y los resultados de la evaluación
 2. **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.
 3. **Plan de abordaje individual** , en el que conste: periodos ,modalidad de prestación , objetivos específicos del abordaje , estrategias a utilizar en la intervención contemplando diferentes contextos.
 4. **Presupuesto** de acuerdo al arancel **mensual** 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) .
 5. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para Rehabilitacion , Estimulacion temprana y otros vigentes de atención sanitaria** (Res 789/09 MS y modificatorias (496/2014-M Sal)
 6. **Inscripcion en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atencion a favor de las Personas con Discapacidad para las prestaciones terapeutico-educativas, educativas-asistenciales** (resolución 1328/06 MSalud)
 7. **Formulario conformidad**
 8. **Formulario presupuesto**
 9. **AFIP** vigente -- constancia de CUIT

10. Formulario “ Datos del prestador “ 2023, se adjunta

11. CBU emitido por entidad bancaria

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

Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .

1. **Constancia de alumno regular**
2. **Acta acuerdo** firmada por familiar responsable/tutor, directivo de escuela y prestador.
3. **Informe inicial** en caso de comienzo de nueva prestación , en el que consten los instrumentos de valoración aplicados y los resultados de la evaluación
4. **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.
5. **Plan de abordaje individual** , con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder , confeccionada por profesional/equipo tratante.
6. **Titulo habilitante** y certificado analítico de materias para la prestación de Maestra de Apoyo.
7. **Inscripcion en el Registro Nacional de Prestadores** de Servicios de Atencion a favor de las personas con Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas.
8. **Formulario de conformidad** que se adjunta al presente
9. **Formulario Presupuesto** prestacional que se adjunta la presente
10. **AFIP**
11. **CBU** emitido por entidad bancaria.
12. Planilla prestador 2023 que se adjunta al presente

Transporte

Toda la documentación enviada deberá ser firmada en forma ológrafa (firma de puño y letra) por el beneficiario/a .

1. **Formulario Conformidad del diagrama de traslados** firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor que se adjunta al presente

2. **Formulario Presupuesto** en el cual conste diagrama de traslado con indicación de origen y destino de cada viaje , cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado , firmada por la persona con discapacidad /familiar /responsable/tutor. Se adjunta al presente.
3. Poliza de Seguro
4. Habilitación
5. Verificación técnica vehicular
6. Licencia de conducir
7. Formulario “ Datos del prestador”
8. Inscripción AFIP- constancia de CUIT
9. CBU emitido por entidad bancaria