

## **INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2025**

Cada prestación deberá ser solicitada **30 días previos** al inicio de la misma, con la documentación correspondiente para su evaluación. No se autorizarán meses anteriores a la presentación de la documentación.

El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta neta responsabilidad del prestador y el afiliado.

Asimismo, comunicamos que el **tratamiento completo** de cada beneficiario debe ser prescripto por **un médico** que se encuentre informado y de acuerdo con el mismo. En caso de requerirse nuevas prestaciones al tratamiento en meses posteriores, la nueva prescripción deberá mencionar **todo el tratamiento actual completo** independientemente del profesional que la indique.

Toda la documentación requerida debe presentarse **sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra.**

Recibiremos **la documentación por mail**. La misma debe ser **escaneada, legible, en un único mail** y en el asunto debe constar **nombre y apellido del beneficiario**. Mail de envío: [serviciosocial@ososs.com.ar](mailto:serviciosocial@ososs.com.ar).

La **documentación debe estar completa, en las planillas de OSOSS y firmada**, para poder enviarles las autorizaciones correspondientes. La misma deberá ser firmada en forma original. No se aceptarán recortes pegados de firmas.

### **Documentación a presentar:**

- Nota dirigida al presidente de la O. Social, solicitando la renovación del Beneficio. La misma debe tener **la fecha de entrega o de envío**, no se aceptarán notas con fechas diferentes.
- Fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser actualizado en caso de tener vencimiento durante el año en curso.
- Certificado de alumno regular (si es estudiante)
- Fotocopia del último recibo de haberes.
- Cronograma de actividades (si solicita dos o más prestaciones)
- Conformidad por las prestaciones – Anexo II

## **REQUERIMIENTO PARA EL PROFESIONAL MEDICO**

**(Toda documentación que se encuentre incompleta o con errores, será devuelta esperando su modificación para ser evaluada)**

- **Resumen de Historia Clínica (S/Formulario OSOSS)**

Deberá contener evolución y estado actual del paciente. Firmado y sellado por el médico tratante.

- **Prescripción Médica (s/Formulario OSOSS)**

La fecha de emisión de la prescripción debe ser **a partir de noviembre de 2024** y anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/25, la fecha debe ser 28/02/25 o anterior). Debe indicar el diagnóstico y el período solicitado, no debiendo responder necesariamente al año calendario (Ejemplos: febrero a diciembre 2025, abril a diciembre 2025).

La prescripción NO puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Firmada y sellada por el médico tratante.

**La prescripción médica tendrá una vigencia de 2 meses para iniciar el tratamiento.**

### **REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR**

- **Informe de evaluación inicial:** se solicitará al comienzo de la prestación, en la cual deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

- **Informe evolutivo de la prestación:** en el cual consten: periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. Se solicita el envío de este al *inicio del año de tratamiento y luego de seis meses de evolución.*

- **Plan de trabajo para el año 2025**

Deben figurar los siguientes datos:

- ✓ Lugar y fecha
- ✓ Periodo
- ✓ Modalidad de prestación
- ✓ Objetivos específicos de abordaje
- ✓ Estrategias que utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- ✓ Firmado de manera ológrafa por el profesional tratante
- ✓ Firmado por el director institucional de manera ológrafa (Sólo Instituciones Escuelas, Centro de Día, CET, Centro de Rehabilitación)

**Todos los informes y planes deben ser realizados de manera individual para cada afiliado. Asimismo, cada página debe ser enumerada.**

- **Presupuesto (s/Formulario OSOSS con fecha posterior a la orden médica)**

La cobertura de las prestaciones será habilitada conforme el Nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud y de acuerdo con los aranceles que reglamente el Ministerio de Salud, publicadas en el Boletín Oficial.

- **Documentación habilitante:**

- ✓ **Todo prestador** deberá estar inscripto en el **Registro Nacional de Prestadores** (RNP) que

acredite su condición mediante certificado específico y habilitación de consultorio.

- ✓ Para centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana, RNP emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud vigentes. Para el resto de las prestaciones categorización DEFINITIVA emitido por el Servicio Nacional de Rehabilitación.
- ✓ *Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de apoyo*
- ✓ *Seguro profesional*

En caso de necesitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, Centro de día y CET, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por la Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.

***Planilla de asistencia mensual*** en carácter de declaración jurada por cada prestación. Deberá ser firmada por el prestador, la persona con discapacidad o familiar responsable o tutor, en el mes en curso de la prestación. Siendo sujeta a posibles auditorias terreno u otra modalidad. Las planillas de asistencia serán enviadas una vez autorizada la prestación.

**Firma y aclaración:**

**Fecha:**