

Ref.: **Programa Atención de Personas con Discapacidad**

Sr.:

Atento a su solicitud de cobertura de las prestaciones en el marco del programa de referencia, nos dirigimos a Ud. a fin de solicitarle tenga a bien presentar la documentación que se detalla a continuación, la que tiene carácter de obligatoria y que será evaluada por el equipo interdisciplinario de esta Obra Social, acorde a los términos de la ley 24.901, en sus artículos 6, 11 y 12.

La documentación debe presentarse con anterioridad al inicio del tratamiento a los efectos de emitir la autorización correspondiente.

En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada.

BENEFICIARIO

- Fotocopia del certificado de Discapacidad vigente (En caso de renovación deberán adjuntarse los dos últimos certificados de discapacidad emitidos por autoridad competente, de operar el vencimiento durante el período de las prestaciones, deberá presentar fotocopia del turno otorgado para la obtención del nuevo certificado de discapacidad o en su defecto el certificado nuevo, acorde al artículo 10 de la ley 24.901).
- Los Afiliados registrados en el plan de Monotributistas deberán adjuntar fotocopia de los últimos 6 recibos de pagos incluyendo el de la prestación y fotocopia de inscripción en AFIP.
- Prescripción en original confeccionada por el Médico **tratante previa al inicio** con indicación expresa del/de los tratamiento/s a realizar y período de la prestación, desde el inicio del mismo hasta el 31/12/2019 y fechada con anterioridad al comienzo de la prestación, con firma y sello, tipo y número de matrícula legibles. La nomenclatura del/de los tratamiento/s indicado/s debe/n ajustarse a las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Para prestaciones ambulatorias, se debe indicar especialidad y cantidad de sesiones semanales, para concurrencias a Instituciones (EGB, CET, Centro de Día) se debe aclarar el tipo de jornada (simple o doble). La prescripción del tratamiento **no deberá ser realizada** por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. Se adjunta modelo.
- En el caso de solicitar dependencia, para aquellos conceptos que correspondan (Centro de Día, CET, Hogar y Transporte), deberá ser aclarada en la prescripción y fundamentada conforme al Índice de Independencia Funcional (FIM).
- Resumen de Historia Clínica.
- **Certificado de0 alumno regular con vigencia del año en curso.**

Los tratamientos deberán realizarse exclusivamente con prestadores de cartilla de OSPE.

Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura con el Profesional o la Institución que no se encuentre inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación -SNR-

Resumen prestaciones de Discapacidad

Nombre y apellido:.....

Nº de Beneficiario:.....DNI:.....

Edad:..... Sexo:.....

Diagnostico:.....

Periodo: Fecha desde.....Fecha hasta.....

Plan terapéutico indicado (incluir todas las prestaciones solicitadas para el beneficiario)

Prestación solicitada	Cantidad de sesiones por semana	Jornada simple o doble (si corresponde)

Dependencia (tachar lo que no corresponda)

SI	NO
----	----

Justificación clínica de la dependencia: adjuntar escala **FIM** firmada y sellada

Firma y sello del medico prescriptor

PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD – *check list afiliado*

Certificado de discapacidad vigente.
Documentación de afiliación <ul style="list-style-type: none">• Recibos de sueldo o pagos de monotributo según corresponda• Certificado de alumno regular del año correspondiente• Escala FIM (según corresponda)• Resumen de HC.
Prescripción médica (completa y sin correcciones) <ul style="list-style-type: none">• Con fecha anterior al periodo solicitado• Nombre y apellido del afiliado• N° de afiliado• N° de documento• Edad• Diagnostico• Prestación solicitada y frecuencia (ejemplos: psicología dos (2) sesiones semanales... tipo escolaridad: jornada simple o completa)• Periodo desde / hasta• Firma y sello legibles
Consentimiento informado (completo y firmado con lapicera de igual color) <ul style="list-style-type: none">• Uno para cada prestación• Notificación firmada por cada uno
De cada prestación <ol style="list-style-type: none">1. Informe de evolución o evaluación inicial (<i>deben estar completos con los datos del afiliado. La fecha debe ser anterior al periodo solicitado. Firma y sellos legibles</i>)2. Plan de tratamiento (<i>deben estar completos con los datos del afiliado. La fecha debe ser anterior al periodo solicitado. Firma y sellos legibles</i>)3. Presupuesto (<i>deben estar completos con los datos del afiliado. La fecha debe ser anterior al periodo solicitado. Firma y sellos legibles</i>)4. Documentación del prestador: titulo, constancia de inscripción en el RNP, categorización de SNR (si correspondiera), inscripción en AFIP y habilitación, todos vigentes)5. Para maestro de apoyo e integración: acta Acuerdo con la Institución, plan de adecuación curricular, constancia de alumno regular y seguro de la docente integradora

******* El expediente debe venir todo junto y ordenado. NO se aceptarán papeles sueltos ni expedientes incompletos*******