INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2027

Cada prestación deberá ser solicitada **30 días previos** al inicio de esta, 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 y realizar un breve resumen médico.

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

Cada beneficiario debe solicitar un **expediente independiente** (ej. Hermanos).

Presentación de la documentación

La documentación requerida podrá presentarse de dos maneras: **digital** o **física**.

1. Presentación digital

- Los documentos deben escanearse desde los originales y enviarse en formato **PDF**.
- Los archivos PDF deberán estar **unificados por especialidad** o incluir la **totalidad de las prestaciones** (Ejemplo: *PDF 1 – Psicología* o *PDF – Tratamiento completo*).
- Importante: **no se aceptan fotos sueltas**.
- Esta modalidad permite una revisión más organizada y efectiva.
- Todo el material debe enviarse en **un único correo electrónico**, indicando en el **asunto el nombre y apellido del beneficiario.**
- Correo de envío: **serviciosocial@ososs.com.ar**

2. Presentación física

- La documentación debe entregarse en un **sobre cerrado**, consignando en el frente el **nombre del beneficiario** y la leyenda **SERVICIO SOCIAL**.
- La entrega se realiza en la sede de la Obra Social, ubicada en **Avellaneda 212, CABA**.

Documentación a presentar:

❖ Nota dirigida al presidente de la Obra 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** (Formulario OSOSS)

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

❖ **Prescripción Médica** (Formulario OSOSS)

- La **fecha de emisión** de la prescripción debe ser a partir de **noviembre de 2026** y siempre **anterior al período solicitado** para la prestación. (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/2027 → la fecha debe ser 28/02/2027 o anterior)
- La prescripción debe consignar de manera clara:
  - El **diagnóstico** del beneficiario.
  - El **período solicitado**, el cual no necesariamente debe coincidir con el año calendario. (Ejemplos: *febrero a diciembre 2027* / *abril a diciembre 2027*)
- La prescripción **no podrá ser extendida por profesionales de la institución** donde se llevarán a cabo las prestaciones.
- Es requisito que se encuentre **firmada y sellada por el médico tratante**.
- La prescripción tendrá una **vigencia de tres (3) meses** para el inicio del 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:** Se solicita la presentación de un **Informe Evolutivo** que incluya la siguiente información:

- Período de abordaje**.**
- Modalidad de la prestación**.**
- Descripción de las intervenciones realizadas **con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo.**
- Resultados alcanzados **durante el proceso.**

Este informe deberá remitirse en dos instancias:

1. Al inicio del año de tratamiento**.**
2. A los seis (6) meses de evolución**.**

❖ **Plan de trabajo:**

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:** (Formulario OSOSS)

- El presupuesto deberá presentarse con fecha posterior a la orden médica.
- Las firmas deben ser ológrafas (manuscrita). No se aceptarán en otro formato.
- La cobertura de las prestaciones se habilitará conforme al 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: