Entregar en la recepción de OSUOMRA Seccional Paraná, en Monte Caseros 261, de Lunes a Viernes de 9 a 17, la documentación que se detalla a continuación, en SOBRE CERRADO A PARTIR DEL LUNES 30 DE NOVIEMBRE DEL 2021.

**LOS ANEXOS Y LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁN SER COMPLETADOS CON EL MISMO COLOR DE TINTA.**

**LINEAMIENTOS GENERALES**

1. La presentación del trámite culmina cada 31 de Diciembre del año en curso, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para la renovación del año entrante. Se deberá cumplimentar la documentación con al **menos 30 días de anticipación**.
2. La documentación completa podrá ser entregada en OSUOMRA Seccional Paraná, Monte Caseros 261.
3. Todas las prestaciones se autorizarán desde OSUOMRA Seccional Paraná, una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa, y a posterior de la evaluación del equipo de Discapacidad de la Obra Social.
4. Para iniciar o renovar cualquier tratamiento, todos los prestadores deberán aguardar la autorización del presupuesto emitido y sellado por OSUOMRA Seccional Paraná. Solicitar el presupuesto sellado por el área correspondiente antes del comienzo del tratamiento. El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta de exclusiva responsabilidad del prestador.

**ATENCIÓN**

**SÓLO SE BRINDARÁ COBERTURA A LOS TRATAMIENTOS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE ENCUENTREN AUTORIZADOS POR AUDITORÍA MÉDICA DE OSUOMRA.**

1. Es requisito para la tramitación y curso del presente subsidio la presentación en forma completa y correcta de la documentación requerida conforme al presente. En algunos casos, si fuera necesario, el área de Discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.
2. No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello, o que no se presente en forma completa.
3. En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del Área de Discapacidad.
4. **La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad.** Toda modificaciónen los valores del nomenclador de aranceles vigente se realizará en forma automática, sin necesidad de iniciar nuevo trámite.
5. Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSUOMRA se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente. La Obra Social se adecúa a los lineamientos expedidos por la Superintendencia de Servicios de Salud, mediante el Mecanismo de Integración. Para mayor información o novedades al respecto, ingresar al siguiente link:

<https://www.sssalud.gob.ar/padron/discapacidad/instructivo_discapacidad.pdf>

1. No corresponde cobertura simultánea de escuela especial o CET y apoyo a la integración escolar – no se autoriza SIN EXCEPCIÓN.
2. En caso de CET Jornada doble, sólo se autoriza una prestación de apoyo al mismo (kinesiología, terapia ocupacional, etc). En ningún caso se autoriza Módulo Integral Intensivo o Simple.
3. Las necesidades educativas especiales que requieran los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades ecolares, se encuentran contempladas dentro de las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidad (Res. 1328/2006 y 428/99) ÚNICAMENTE en los siguientes módulos (NO incluye Acomp. Terapéutico, Acomp. Externo, etc.):

**Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2022.**

**DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO**

* CONSTANCIA DE PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE LA **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD,** en donde figure OSUOMRA como única Obra Social. El mismo sepodrá extraer de la pág. de la Superintendencia de Servicios de Salud ingresando al siguiente link:

[https://www.sssalud.gob.ar/index.php?b\_publica=Acceso+P%C3%BAblico&user=GR](https://www.sssalud.gob.ar/index.php?b_publica=Acceso+P%C3%BAblico&user=GRAL&page=bus650) [AL&page=bus650](https://www.sssalud.gob.ar/index.php?b_publica=Acceso+P%C3%BAblico&user=GRAL&page=bus650)

* COPIA DNI
* **CERTIFICACION NEGATIVA:** Constancia de certificación negativa emitida desde la página de ANSES: <http://servicioswww.anses.gob.ar/censite/>
* **CODEM:** Constancia de CODEM emitida desde la página de ANSES donde conste la actual afiliación: <http://servicioswww.anses.gob.ar/ooss2/>
* **CONSTANCIA DE AFILIACIÓN**:
* **DIRECTOS:** Fotocopia de últimos 3 recibos de sueldo.
* **MONOTRIBUTISTAS:** Fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a losúltimos tres meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

**IMPORTANTE BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS**

Recuerde que AL TERCER MES CONSECUTIVO O CINCO MESES ALTERNADOS QUE ADEUDE EL PAGO DE MONOTRIBUTO, será automáticamente dado de baja en la obra social, reactivándose nuevamente el día que realice el trámite correspondiente en la Seccional.

**EL PERÍODO QUE NO SE ENCUENTRE ACTIVO NO SE ABONARÁ LO FACTURADO POR LOS PRESTADORES.**

* **SEGURO DE DESEMPLEO:** Fotocopia del último comprobante de cobro.
* Certificado de Discapacidad vigente.
* Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante. (**ANEXO 1).**
* Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme **(ANEXO II).**
* Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante. EJEMPLOS **(ANEXO III)**
* Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
* Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
* Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
* Presupuesto prestacional **(ANEXO 4, 5, 6, 7; SEGÚN CORRESPONDA)**

En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo

y cuantitativo de la Escala de Medición 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 **(ANEXO 8)**.

En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran **(ANEXO 8).**

* Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
* Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
* Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
* Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
* Constancia de CUIT.
* Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor **(ANEXO 9 – TERAPIAS INDIVIDUALES, ANEXO 10 – MAESTRA DE APOYO / INSTITUCIONES, ANEXO 11- TRANSPORTE)**
* Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica por prestación:

*Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:*

* Constancia de alumno regular.
* Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

* Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

*Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar* :

Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

Transporte:

* Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
* Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada

viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado “google maps”) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. **(ANEXO 7)**

* Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.
* Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. **(ANEXO 11)**

Los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga confeccione para la solicitud de prestaciones del año 2022.

El equipo interdisciplinario de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga en caso se considerarlo pertinente, podrán solicitar documentación respaldatoria adicional.