



O.S.P.E.S.G.y P.E.

RNOS 1-0720-6

Obra Social del Personal de Estaciones de Servicio,
Garages, Playas de Estacionamiento y Lavaderos de Autos



COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2018

Instructivo para Beneficiarios

Horario de atención: lunes a viernes de 10:00 hs a 16hs.

Dirección Hipólito Yrigoyen 2727 Balvanera o en la Delegación más cercana a su domicilio.

E-mail: ospesgypediscapacidad1@gmail.com

Sin el Certificado de Discapacidad vigente no se cubrirá ninguna prestación.

RECUERDE que debe solicitar la renovación del mismo en hospitales públicos y cgp y los turnos tienen demoras.

- *Las coberturas por discapacidad se otorgarán a partir del año de vida.*
- *Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren en el Nomenclador oficial de Discapacidad de la Superintendencia de Servicios de Salud.*

En caso de inicio, ampliación, modificación de tratamientos individuales y/o institucionales (incluyendo escuelas especiales), no podrán comenzar con la realización de los mismos hasta no estar emitida la autorización correspondiente. En caso de continuidad de tratamiento deberá presentar toda la documentación solicitada de acuerdo al presente instructivo en tiempo y forma y con un tiempo máximo de 45 días desde la fecha de inicio del tratamiento, caso contrario no obrará la continuidad del mismo. Solo se recibirán trámites con la documentación completa según el presente instructivo.

Todo cambio de tratamiento deberá acompañarse de fundamento médico y en caso de cambiar de prestadores se debe acompañar con nota (FORMULARIO) explicando el motivo de la baja y con fecha desde cuando se produce. Esto implica un cambio de documentación. Se deberá presentar nuevo resumen de historia clínica, presupuesto, plan de tratamiento e informe evaluativo, consentimiento y registro.

DOCUMENTACION QUE DEBEN PRESENTAR

- *Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente.*
- *Fotocopia del D.N.I. del beneficiario y del afiliado titular.*
- *Constancia de CUIL del beneficiario.*

- *Comprobante de Empadronamiento de Obra Social (CODEM) Emitido por Anses en el cual tendrá que figurar el afiliado titular y su grupo familiar a cargo.*
- *Constancia de Alumno Regular del establecimiento educativo correspondiente (original) indicando el Código Único de Establecimiento (CUE)*
- *último recibo de haberes.*
- *Afiliados Monotributistas fotocopia de los últimos 3 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo se recuerda que los pagos mensuales del monotributo deben estar al día. ● Los beneficiarios que cuenten con PROFE deberán presentar la NO AFILIACION A DICHA INSTITUCION.*

PARA EL MEDICO

- *Resumen de Historia Clínica (FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA 1º Y 2º TRAMO)*
- *Prescripción Médica (FORMULARIO DE ORDEN MEDICA)*

EN LA INDICACION DE CATEGORIA SE DEBE Precisar SI ES TITULAR, HIJO O ADHERENTE.

EN LA INDICACION MEDICA SE DEBE ESPECIFICAR QUE PRESTACION SOLICITA, PERIODO, SESIONES SEMANALES PARA TERAPIAS, JORNADA SIMPLE O DOBLE PARA ESCUELAS, CET, FORMACION LABORAL CENTRO DE DIA.

LA FECHA DE LA ORDEN MEDICA DEBRE SER ANTERIOR AL PERIODO DE PRESTACION SOLICITADO.

- *En caso de solicitar dependencia deberá presentar la escala FIM (formulario) completa, firmada y sellada por el médico pediatra o clínico según corresponda.*

IMPORTANTE En caso de solicitar tratamiento institucional (Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Centro de Rehabilitación) el médico prescriptor debe ser externo a la institución donde concurrirá el beneficiario.

PARA EL PRESTADOR

- *Nota de Consentimiento (FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, HAY 3 CATEGORIAS UNA PARA INSTITUCIONES, OTRA PARA TERAPIAS Y OTRA PARA TRANSPORTE)*

Tiene que estar firmada por el Titular (parte de abajo) y Prestador (parte de arriba).

TERAPEUTAS

DEBERAN PRESENTAR:

- *Presupuesto. (Con fecha 2018, posterior al pedido médico y anterior al periodo de prestación. Deberá especificar días lugar y horarios de atención, los datos del afiliado que recibe la prestación, importe por sesión, importe mensual, CBU.*
- *Plan de tratamiento.*
- *INFORME EVALUATIVO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE PRESTACION.*
- *Registro Nacional de Prestadores (RNP).*