

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (PRESTACIONES DE APOYO)

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
 - Nombre y número de socio.
 - **Prestación y frecuencia semanal.**
 - Diagnóstico.
 - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
 - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

Modelo de indicación médica:

R/P

Nombre y apellido: _____

N.º de socio: _____

Solicito: **Prestación y cantidad de sesiones semanales.**

Período: _____

Diagnóstico: _____

Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ____ / ____ / ____

Firma: _____

Sello (tipo y número de matrícula): _____

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervinientes. (1)

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario, ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet www.extranet.osde.com.ar.

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud)**

Para tratamientos realizados por profesionales ajenos a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:

- Copia del título habilitante del profesional o, en caso de que realice el tratamiento en una institución, habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de profesional/institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de profesional/institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos” (solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

Recordá que para poder brindar prestaciones, el profesional deberá contar con la Inscripción al registro nacional de prestadores vigente. OSDE verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización y/o condicionar su pago.

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.