

# **DOCUMENTACION PARA EL ARMADO DEL LEGAJO PRESTACIONAL.**

## **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO:**

1. **Certificado Unico de Discapacidad (CUD) vigente.** En caso de que venciera durante el transcurso del año, se deberá enviar solicitud de turno y luego la renovación correspondiente. No debe haber periodo de carencia.
2. **Planilla datos del beneficiario del Subsidio.**
3. **Planilla datos del titular.**
4. **Resumen de Historia Clínica.** Confeccionado por el médico tratante, constando la fecha, firma, sello y especialidad del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona relacionada con la patología que origina el Subsidio (desde su gestacion hasta la actualidad) y las prestaciones que recibe actualmente. Con fecha anterior al inicio de las prestaciones.
5. **Orden médica.** Extendida por el médico tratante que confeccionó la Historia Clínica. Deberá reunir las siguientes condiciones:
  - **UNA ORDEN MÉDICA PARA CADA PRESTACION – SOLO EN FORMATO DIGITAL DESDE LA PLATAFORMA RCTA** (Plataforma registrada en el Registro Nacional de Plataformas digitales).
  - Indicar prestación solicitada.
  - Fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
  - Con firma y sello con tipo y número de matrícula y especialidad del médico tratante.
  - Deberá indicar la Obra Social. – **OSPIS** -
  - Indicar nombre y apellido del beneficiario del subsidio y DNI.
  - Indicar periodo de prestación, indicando **mes y año** de inicio y finalización de terapia.
  - Indicar Diagnóstico (según CUD).

Tener en cuenta si:

- La solicitud es **tratamiento de rehabilitación (sesiones)**, deberá **indicar cantidad de sesiones semanales** en cada pedido medico.
- La solicitud es para **Institucion Educativa, Centro Educativo Terapeutico, Centro de Dia**, debera **indicar modalidad o tipo de jornada (simple o doble)**, aclarando en los casos que **corresponda DEPENDENCIA**.
- La solicitud es de **Maestra de apoyo** debera **indicarse si es Módulo de Maestro de Apoyo (solo un/a maestro/a) o Módulo de Apoyo a la Integración (AIE, cuando se trata de un equipo)**.

- Para la prestación de **transporte**, en el mismo pedido medico, el profesional tratante debera **justificar la causa que impida que el beneficiario con discapacidad pueda movilizarse en transporte publico. Indicar claramente si corresponde DEPENDENCIA (a partir de los 6 años) con fundamentacion medica.**

La cobertura de esta prestacion se dara al beneficiario desde su domicilio hasta el domicilio donde se brindan las prestaciones (tratamiento / escuela) con el correspondiente regreso.

La prescripcion de la prestacion de transporte sera evaluada y autorizada por el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social.

6. **Tabla FIM:** firmada por Licenciado/a en Terapia Ocupacional en el caso de Instituciones o por el profesional tratante en el caso de Terapias ambulatorias.

7. **Certificado de alumno regular** Correspondiente al ciclo lectivo 2.026. Debera **indicar el CUE del establecimiento (indispensable)**

8. **Ultimo recibo de sueldo.**

#### **OBSEVACIONES:**

**Cabe aclarar que los padres o tutores deben presentar la documentación en su totalidad y no por partes, ESTOS son los únicos responsables de realizar los tramites de las prestaciones, no se recibirá documentación individual o total por parte de los prestadores.**

**La documentación presentada no debe contener tachaduras o enmiendas.**

**Las prestaciones solicitadas tendran COBERTURA a partir del momento en que las mismas se encuentren AUTORIZADAS.**

**Podran surgir cambios o modificaciones las cuales estaran sujetas a lo que establezca la Superintendencia de Servicios de Salud.**