



Obra Social de Relojeros, Joyeros y Afines de Arg.

Valentin Gómez 3828.C1191AAV -CABA

Tel: 0800-333-3420 Directo:6073-8244/6073-3620

INSTRUCTIVO DE PRESTACIONES BASICAS

DISCAPACIDAD 2024

Para solicitar la cobertura de Prestaciones incluidas en el Sistema de Prestaciones Básicas a favor de Personas con Discapacidad, Ud. deberá cumplimentar la documentación, que a continuación se detalla, en un plazo de 30 a 45 días previos al inicio del/los tratamientos, ya que no se reconocerá cobertura de tratamientos de forma retroactiva .

Se recuerda que el ingreso de la documentación NO implica en si misma su autorización, ya que esta se encuentra sujeta al análisis y la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social, y en el caso de inicios de tratamiento, cambio y/o modificación se podrá pautar Entrevista entre el beneficiario, familia y la Coordinación de Salud Mental de esta Obra Social. No se habilitarán tratamientos sin la asistencia a la entrevista previa cuando así sea indicado. Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones emanadas de Normativas vigentes.

NO se autorizarán solicitudes con documentación faltante, incompleta o incorrecta.

En caso de detectarse faltantes o inconsistencias en la evaluación se procederá al reclamo correspondiente. Eventualmente la Auditoria de Discapacidad podrá solicitar documentación/información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, si lo considera necesario para determinar cobertura.

Las Solicitudes de Tratamientos/Rehabilitaciones que se cursen por cobertura de prestaciones por Discapacidad no están sujetas al año calendario, a excepción de las modalidades Educativas en todos sus niveles, Apoyo a la Integración Escolar y Maestra de Apoyo, que se autorizan por ciclo lectivo (año calendario), debiéndose retirar nuevamente en todos los casos antes de culminar el periodo autorizado el INSTRUCTIVO VIGENTE para la renovación del/los tratamientos/Modalidades Educativas , del próximo año en total concordancia con Indicaciones de Médico tratante. Por lo expuesto las prestaciones **NO** son de renovación automática.

CONFECCION DE PRESUPUESTOS.

-Presupuesto por cada Especialidad.El prestador al inicio de cada periodo deberá confeccionar el mismo, detallando la prestación propuesta en concordancia con la indicación del medico tratante.En todos los casos se trata de módulos mensuales y deberá consignarse el valor de la sesión,(a valor Nomenclador Nacional de Discapacidad) frecuencia semanal de asistencia, días y horarios en los que se brinda la prestación.

Los profesionales independientes deben presupuestar cada uno por separado de acuerdo con lo antes mencionado. En los caso de los Centros específicamente Categorizados, se reconocerá el valor módulo mensual establecido mediante Nomenclador Nacional de Discapacidad.Todos los Establecimientos deberán consignar el valor mensual de la prestación que se brinda de acuerdo a la categorización, tipo de jornada,etc. Como así también especificar si incluyen o no almuerzo y la colación diaria.

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2024.

DOCUMENTACION A PRESENTAR DEL BENEFICIARIO.

1-Copia del CUD (Cert.Único de Discapacidad) vigente al periodo por el cual se solicita la prestación de acuerdo con lo estipulado en Ley 24.901. El vencimiento del CUD es exclusiva responsabilidad del afiliado, por lo que deberá gestionar la renovación con tiempo perentorio tal que no afecte la pérdida de la cobertura, las mismas caducaran al vencimiento del mismo.

2-Conformidad de la Prestación por escrito del titular y/o paciente.(Form.007)

3-Consentimiento Bilateral conformado entre la partes ,Profesionales/Instituciones/Titular y/o Beneficiario.(Form.008-Form.009-Form.010 según corresponda).

4-Fotocopia de D.N.I del Titular y del Beneficiario.

5-Copia del último Recibo de sueldo, pago de Monotributo, Haber Jubilatorio, Cobro de Desempleo, etc.

6-Constancia de CODEM ante Anses, donde acredite Discapacidad (El CODEM es el comprobante de Empadronamiento en la Obra Social,donde figura a que Obra Social se encuentran afiliados el Titular y quienes tiene a cargo en el grupo familiar)

7-Constancia de Alumno Regular con N° de CUE (Código único de Establecimiento),firmado y sellado por la Autoridad competente,en los caso de concurrencia a Institución Educativa. En el caso de tener edad para Escolarización Inicial, Primaria o Secundaria y **NO** concurrir a ningún Establecimiento Educativo, deberán presentar **Nota de NO Escolarización (Form. 004)**.

DOCUMENTACION MEDICA

1-Resumen de Historia Clínica, firmado por médico tratante,completo, legible y con fecha anterior al comienzo del tratamiento,con firma y sello del Profesional.Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del Profesional Médico.(Form.001)

2- Prescripciones médicas de las prestaciones comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada por médico tratante,indicando el/los tratamientos propuestos por el médico tratante, consignando Nombre, Apellido,N° de Beneficiario,Diagnostico y Periodo de cobertura del tratamiento a seguir.(Form.002-Form.003, según corresponda).

IMPORTANTE: LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS TIENEN QUE TENER FECHA ANTERIOR AL PERÍODO DE PRESTACIÓN SOLICITADO (Por ejemplo, si la prestación se solicita de febrero a diciembre de 2024, la fecha del pedido médico debe ser de enero de 2024 o diciembre 2023) . Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiario, NO es un requisito que el mismo forme parte de la cartilla (puede ser de sector público o consulta particular). La especialidad corresponderá a la atención de la patología discapacitante, pudiendo ser: clínico, pediatra, neurólogo, entre otros.

PRESTACIONES

Pueden ser reagrupadas en:

01. Prestaciones brindadas por Instituciones (Escuelas Especiales, Centros Educativos Terapéuticos, Formación Laboral, Centros de Rehabilitación, Centros de Día, Hogar, etc).

02. Prestaciones de Rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc).

03. Apoyo a la Integración Escolar (brindada por una Institución).

04.Maestro de Apoyo (brindada por un profesional independiente).

05. Transporte.

01-INSTITUCIONES, ESCUELAS ESPECIALES, CENTROS EDUCATIVOS TERAPÉUTICOS, FORMACIÓN LABORAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, CENTROS DE DÍA, HOGAR, ETC.

Las instituciones deben encontrarse inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las Prestaciones Terapéuticas-Educativas y Asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

A) CONFORMIDAD DE LA PRESTACION.Firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor.(Form.007)

B) CONSENTIMIENTO BILATERAL DE PRESTACIONES/INSTITUCIONES, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor e Institución. (Form.008)

C) INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

D) INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2023 en el que se brindó la prestación. Ej: mar. a dic. 2023), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DISCAPACITADA Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS.(Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)

E) INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN, a partir de la fecha de inicio de la prestación.

F) INFORME AMBIENTAL, en el caso de requerir CTRO.DE DIA,HOGAR,etc. Firmado y sellado por Trabajador/a Social.

G) PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DONDE CONSTE PERÍODO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS QUE SE UTILIZARAN EN EL ABORDAJE. Recordemos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

H) PRESUPUESTO (Form.005)

I) 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 CON LA RESPECTIVA CATEGORIZACION DEL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION Y PROMOCION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

J) En caso de solicitar **Dependencia** para las prestaciones de Centro Educativo Terapéutico, Hogar Y Centro de Día, se deberá presentar el INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM-Form.011), confeccionada por el/la Lic. en Terapia Ocupacional y el INFORME DEL PRESTADOR especificando los apoyos que se brindarán conforme al Plan de Abordaje Individual.

K) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

L) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco Y Planilla de CBU (Form.017)

02-PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN POR SESIONES BRINDADAS POR PROFESIONALES INDEPENDIENTES (PSICOPEDAGOGIA,FONOAUDIOLOGIA,PSICOLOGIA,ETC)

Los prestadores deben encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).

- A) CONFORMIDAD DE LA PRESTACION.Firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor.(Form.007)
- B) CONSENTIMIENTO BILATERAL DE PRESTACIONES/INSTITUCIONES, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor y Profesional.(Form.008)
- C) INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- D) INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2023 en el que se brindó la prestación. Ej: mar. a dic. 2023), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DISCAPACITADA Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)
- E) INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN, a partir de la fecha de inicio de la prestación.
- F) PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL dónde conste período, objetivos específicos y estrategias utilizadas en el abordaje. Recordamos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.
- G) PRESUPUESTO (Form.005)
- H) REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP).
- I) TITULO HABILITANTE (frente y dorso)
- J) MATRICULA Y DNI
- K) POLIZA DE SEGURO VIGENTE
- L) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).
- M) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco. Y Planilla de CBU (Form.017)

Las prestaciones de rehabilitación con profesionales independientes, en el marco de prestaciones de Apoyo o Módulos de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo, se autorizarán a partir de los 4 años de edad del beneficiario. Si el beneficiario es menor de cuatro años (1 a 4 años), deberá solicitar Módulo de Estimulación Temprana con Institución Categorizada para dicha prestación.Por lo que deberán adjuntar a la documentación antes mencionada PLANILLA DE ESTIMULACION TEMPRANA (Form.012) la cual deberá estar firmada por los Profesionales que brinden las prestaciones.

03-APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR “CON EQUIPO” BRINDADO POR LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL O CENTRO, AMBOS CATEGORIZADOS PARA BRINDAR ESTA PRESTACION.

Las instituciones deben encontrarse inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones Terapéutico-Educativas y Asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud). El presente Modulo se compone de un mínimo de 32 hs.mensuales / 8hs.semanales para ser considerado el abordaje como APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR de lo contrario la Institución/Profesional prestador deberá hacer presentación del tratamiento bajo la carga de horas/sesiones brindadas y el valor a facturar ajustarse como tal.

A) CONFORMIDAD DE LA PRESTACION.Firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor.(Form.007)

B) CONSENTIMIENTO BILATERAL DE INTEGRACION ESCOLAR, firmada por familiar responsable/Tutor Y Centro/Institución (Form.010)

C) INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

D)INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cual consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2023 en el que se brindó la prestación (Ej. mar. a dic. 2023), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona discapacitada y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

E) INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN, a partir de la fecha de inicio de la prestación.

F) PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.

G) ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor/Directivo de la Escuela y Prestador (tanto la Constancia de Alumno, como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo). Form.013

H) APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR, debidamente firmado por el/los Profesionales intervinientes en el proceso de Integración. (Form.014)

I) PRESUPUESTO (Form.005)

J) CATEGORIZACIÓN del Centro.

K) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

L) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco y Planilla de CBU (Form.017)

04-MAESTRO/A DE APOYO BRINDADO POR PROFESIONAL INDEPENDIENTE QUE ACREDITE MEDIANTE TITULO HABILITANTE EN INCUMBENCIAS PEDAGOGICAS (MAESTRO/A EN EDUCACION ESPECIAL O PSICOPEDAGOGOS/AS)

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE SOLICITA MAESTRO/A DE APOYO

- A) CONFORMIDAD DE LA PRESTACION.Firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor.(Form.007)
- B) CONSENTIMIENTO BILATERAL DE INTEGRACION ESCOLAR, firmada por la familiar responsable/Tutor Y Profesional (Form.010)
- C) INFORME DE EVALUACION INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- D) INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cuál consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2023 en el que se brindó la prestación (Ej. mar. a dic. 2023), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona discapacitada y su núcleo de apoyo, resultados alcanzado.
- E) INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN, a partir de la fecha de inicio de la prestación.
- F) PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.
- G) ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor/Directivo de la escuela y Prestador (tanto la Constancia de Alumno, como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo). Form.013
- H) APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR, debidamente firmado por el/los Profesionales intervinientes en el proceso de Integración. (Form.014)
- I) PRESUPUESTO (Form.005)
- J) TITULO HABILITANTE (Psicopedagogas, Profesora de Educación Especial, Licenciada en Ciencias de la Educación) SIN EXCEPCIÓN.
- K) CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS.
- L) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).
- M) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco Y Planilla de CBU (Form.017)

05-TRANSPORTE

La Superintendencia de Servicios de Salud autoriza una cantidad máxima de 1.500 kilómetros mensuales. En caso de superar la misma, el beneficiario deberá presentar Certificación Policial del domicilio particular y debida justificación donde se evidencie la falta de prestador categorizado en las cercanías a su domicilio.

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-Form.011), confeccionada por médico/a tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.

IMPORTANTE: La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años.

A) CONFORMIDAD DE TRASLADOS, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor.(Form.007)

B) CONSENTIMIENTO DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor y Transportista.(Form.009)

C) PRESUPUESTO (Form.006). En el mismo debe constar Diagrama de Traslados con indicación de origen y destino de cada viaje. Cantidad de km. recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta). Deberá contener firma, aclaración y DNI del transportista y del beneficiario con discapacidad /familiar responsable/tutor.

D) MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO EN GOOGLE MAPS(se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida/Destino y cantidad de kilómetros del recorrido.

E) HABILITACIÓN ACTUALIZADA de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado.

F) VTV VIGENTE DEL VEHICULO.

G) LICENCIA DEL CONDUCTOR.

H) PÓLIZA DE SEGURO VIGENTE.

I) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

J) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco Y Planilla de CBU (Form.017)

IMPORTANTE

-No se autorizaran tratamientos en Establecimientos o Centros que no estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud y en el SNR y/o que tengan su inscripción en tramite y que no posean la habilitación para funcionar como tales, expandida por el Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación o Autoridad Municipal, según corresponda.

-No se autorizaran prestaciones con fecha anterior al Certificado de Discapacidad.

-Las prestaciones de Apoyo solo serán aceptadas como complemento de una prestación principal Educativa o de Rehabilitación con la constancia pertinente que acredite tal condición.

-El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en Modulo de Rehabilitación Ambulatoria es entre 45-60 minutos y la frecuencia semanal de asistencia se entenderá como 1(una) sesión por cada día de concurrencia.

-No se aceptaran prescripciones medicas, presupuestos y facturas que no se adecuen a los lineamientos establecidos en el presente Instructivo.

-Debido a que la documentación podrá ser enviada a través de un archivo por foto o escaneada, las firmas solicitadas en todos sus casos, tanto de los adultos responsables del beneficiario/beneficiario y prestadores, deberán ser originales o en forma ológrafa.

DATOS UTILES

LINK para consultar Centros Categorizados:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

-Whatsapp de ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad): 112478-4746-Es solo Whatsapp

-Teléfono ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad): 0800-555-3472

-LINK para consultar CODEM (Ingresando CUIL del titular de Obra Social):

<https://www.anses.gob.ar/consultas/obra-social-codem>

CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de un prestador que realiza un tratamiento ya autorizado, se deberá presentar:

*Nota del beneficiario titular (Form.016), solicitando dicho cambio que incluya fecha de inicio del tratamiento del nuevo prestador, motivo, fecha de baja del prestador anterior, firma/aclaración y N° de D.N.I

**Del nuevo Prestador/Transportista deberán presentar la documentación completa, según Instructivo.

Se autorizaran hasta dos cambios de prestador por año.

SUSPENSION / INTERRUPCION / NO UTILIZACION DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS.

*Nota del beneficiario titular (Form.015), especificando la fecha de finalización de la prestación y los motivos por los cuales la misma fue interrumpida. La misma debe incluir firma/aclaración y N° de D.N.I.

AMPLIACION O MODIFICACION DEL TRATAMIENTO

En los casos que se solicite la modificación de un tratamiento ya autorizado en el año anterior o en el año en curso, se deberá presentar:

*Nota manuscrita del beneficiario titular solicitando el cambio que incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado y motivo.

*Nuevo pedido médico, en los casos en los que se indique ampliación de dicho tratamiento con la debida justificación de la modificación del mismo.

*Nuevo Resumen de Historia Clínica, con justificación médica.

“Todo pedido de ampliación / modificación de un tratamiento o cambio de prestador quedara sujeto a la re evaluación del conjunto de las prestaciones solicitadas por parte del Equipo Interdisciplinario de Auditoria en Discapacidad de la Obra Social, incluyendo entrevista con el Área de Salud Mental.

En el caso de incorporarse una nueva prestación y/o realizar modificación del esquema terapéutico sobre un trámite en curso, la misma deberá gestionarse con anterioridad de 30 días a su inicio.”

INSTRUCTIVO CONTABLE – AÑO 2024

Instructivo referente a la documentación contable emitida para prestaciones brindadas por Discapacidad, la que deberá conformarse en los términos establecidos mediante Normativa vigente. A continuación se realiza una descripción de los datos que las mismas deberán poseer.

*La entrega de la facturación por las prestaciones brindadas, deberá ser de forma regular y mensual, de acuerdo al Mecanismo de Integración (Res.276/18-SSS) no se podrán incluir a través del mismo, mas de tres meses prestacionales, por lo que NO se recepcionará facturación con una retroactividad superior a tres meses desde el inicio de la cobertura, sin excepción.

*Poseer fecha de emisión.

*Estar correctamente dirigida a la Obra Social de Relojeros y Joyeros – OSRJA, consignando domicilio de nuestra Sede Central – Valentín Gómez 3828-CABA.

*Poseer el N° de CUIT de la Obra Social, 30-69101139-5

*Condición frente a Impuestos “Exento”

*En el detalle de confirmación de la facturación deberán figurar:

–Nombre y Apellido del beneficiario por el cual se brinda la prestación/servicio, prestación brindada, mes prestacional por el cual se presenta factura.

–Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada.

– Firma y sello del Prestador.

*En caso de que exista la posibilidad de efectuar re facturación sobre la aplicación de un débito total, el plazo máximo para regularizar los mismos será de 30 días corridos, desde notificados, sea envío de mail o entrega fehaciente de constancia de aplicación de débito, lo que suceda primero.

*Cuando la prestación secundaria dependa de una prestación principal (Ej. Escuela Especial y Transporte), la misma quedará sujeta a la prosecución del proceso de liquidación hasta que sea entregada de forma completa la facturación de la actividad principal.

*Las fechas de emisión y la numeración deberán ser correlativas en orden de mes prestacional.

*Cada facturación junto con el Duplicado de la misma deberá poseer su correspondiente Autorización extendida por la OSRJA, Planilla de Asistencia/Constancia de regularidad (MODELO PROVISTO POR OSRJA-Form.019 Form.020), deberán contar con firma y sello del Profesional actuante independiente de que conste firma y sello de Institución prestadora.

*Se deberá chequear que la fecha de impresión (que figura al pie del documento) sea anterior a la fecha de emisión del mismo, como así también no poseer errores de impresión.

*Se deberá presentar Recibo Cancelatorio oficial con un plazo máximo de 30 días corridos, desde realizada la transferencia de pago. Dichos recibos NO podrán ser globales. La recepción de los mismos será mediante el mail: discapacidad02@osrja.org.ar

DOCUMENTACION CONTABLE.

*Factura original y duplicado por paciente (Tipo "B" ó "C" únicamente), a nombre de la OBRA SOCIAL DE RELOJEROS,JOYEROS Y AFINES. – CUIT N°: 30-69101139-5

En el cuerpo de la misma deberá contar, Nombre , Apellido y DNI del Beneficiario-Modalidad de prestación brindada (Ed.Especial,CET,Psicología,etc) – Categoría del Establecimiento,si corresponde – Tipo de jornada que comprende – Periodo prestacional al que se refiere la prestación – Mes y Año.**(Verificar que los datos sean correctos, el contar con datos erróneos, será motivo de rechazo)**

*En las facturas por Transporte debe contar, Nombre,Apellido y DNI del Beneficiario – Punto de partida y Punto de destino – Prestación a la que concurre – Periodo prestacional –Mes y Año – Cant.de Km diarios,mensuales, valor x Km ,valor total x Km mensuales. En el caso de paciente dependiente, deberán aclarar el incremento (%35) por Dependencia. **(Verificar que los datos sean correctos, el contar con datos erróneos, será motivo de rechazo)**

La recepción de la facturación se realizará de manera mensual desde el 01 de cada mes al día 10 de cada mes, al siguiente mail: integracion@osrja.org.ar –

Debiendo aclarar en el Asunto: FACTURA "MES XX AÑO 2024-AF.XXXX

Y adjuntando a cada factura la AUTORIZACIÓN** Y PLANILLA DE ASISTENCIA**, siendo de carácter obligatorio la presentación de dicha documentación complementaria.

**Autorización: Se envía a los prestadores vía mail, en la misma figura periodo autorizado.

**Planilla de Asistencia: Debe contar con firma y sello original de la Institución / Profesional / Transportista, como así también la firma del beneficiario ó adulto responsable.

"Dado que la recepción es vía mail, NO se recepcionarán mail que ingresen después del día 10. De llegar a recepcionarse "por excepción" tener en cuenta que esa facturación quedara pendiente de carga para el mes siguiente".

CHECK LIST
DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO (La presentación de la misma es valida para todas/os tratamientos/prestaciones).
CUD VIGENTE - Cert. Único de Discapacidad
Copia de DNI de titular y beneficiario (frente y dorso)
Último recibo de Sueldo, pago de Monotributo, Haber Jubilatorio, Cobro de Desempleo, etc.
CODEM - Acreditando la discapacidad del beneficiario
Constancia de Alumno Regular con N° de CUE (Cod.identificador del Establecimiento)
Nota de NO Escolarización (Form.004) ,en caso de corresponder
Resumen de Historia Clínica , realizada por Médico/a Tratante

CHECK LIST
Escuelas. Especiales-CET- Formación Laboral - Ctro.de Rehabilitación-Ctro.de Día-Hogar-etc
Orden médica (Form.002)
Conformidad de la Prestación (Form.007)
Consentimiento Bilateral (Form.008)
Informe Inicial - Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.
Informe Evolutivo -Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)
Informe ambiental -en el caso de requerir CTRO.DE DIA,HOGAR,etc. Firmado y sellado por Trabajador/a Social.
Plan de Abordaje Individual - donde conste periodo,objetivos específicos y estrategias que se utilizan en el abordaje
Presupuesto (Form.005)
F.I.M- (Form.011) Informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición independencia funcional- en caso solicitar Dependencia,confeccionada por el/la Lic. en Terapia Ocupacional y el INFORME DEL PRESTADOR especificando los apoyos que se brindarán conforme al Plan de Abordaje Individual.
Categorización SSSalud/ Habilitación
Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP)
Planilla de CBU (Form.017) + Comprobante Bancario de CBU

CHECK LIST
Prestaciones de Rehabilitación por sesión- Estimulación Temprana (Psicopedagogía,Fonoaudiología,Kinesiología,etc)
Orden médica (Form.002)
Conformidad de la Prestación (Form.007)
Consentimiento Bilateral (Form.008)
Planilla de Estimulación Temprana (Form.012) -en caso de corresponder,paciente menor a 4 años.
Informe Inicial - Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.
Informe Evolutivo -Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior.
Plan de Abordaje Individual - donde conste periodo,objetivos específicos y estrategias que se utilizan en el abordaje
Presupuesto (Form.005)
RNP (Registro Nacional de Prestadores)
Título Profesional (frente y dorso)
Matrícula y Copia de DNI (frente y dorso)
Póliza de Seguro vigente (Mala praxis/Responsabilidad Civil)
Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP)
Planilla de CBU (Form.017) + Comprobante Bancario de CBU

CHECK LIST
Apoyo a la Integración Escolar-Equipo. Maestro/a de Apoyo con Profesionales independientes
Orden médica (Form.002)
Conformidad de la Prestación (Form.007)
Consentimiento Bilateral (Form.010)
Informe Inicial - Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.
Informe Evolutivo -Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)
Plan de Abordaje Individual - donde conste periodo,objetivos específicos y estrategias que se utilizan en el abordaje con Adecuaciones Curricular , en caso de corresponder.
Acta de Acuerdo (Form.013)
Apoyo a la Integración Escolar (Form.014)
Presupuesto (Form.005)
Categorización del Centro - Int.Escolar/Equipo
Título Profesional (frente y dorso)-Maestro/a de Apoyo (Psicopedagogo/a-Maestro/a en Ed.Especial).
Cert.Analítico de Materias- Maestro/a de Apoyo
Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP)
Planilla de CBU (Form.017) + Comprobante Bancario de CBU

CHECK LIST
TRANSPORTE
Orden médica (Form.003)
Conformidad de la Prestación (Form.007)
Consentimiento Bilateral (Form.009)
F.I.M- (Form.011) Informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición independencia funcional- en caso solicitar Dependencia, confeccionada por el/la Lic. en Terapia Ocupacional ó Médico/a tratante en caso de solicitar Dependencia solo para el Traslado.
Certificación Policial del domicilio particular, en el caso que el traslado supere los 1.500 Km mensuales
Presupuesto (Form.006)
Mapa del recorrido- Google Maps.
Habilitación Municipal vigente
VTV vigente y Póliza de seguro vigente
Licencia de Conducir vigente y DNI
Constancia de CUIT (inscripción en AFIP)
Planilla de CBU (Form.017) + Comprobante Bancario de CBU