

INSTRUCTIVOS PARA INSTITUCIONES

RECORDAR QUE LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PRESENTADA 60 DÍAS ANTES DE QUERER COMENZAR CON LA PRESTACIÓN.

El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta neta responsabilidad del prestador y NO obliga a la Obra Social a cubrir las prestaciones.

En el caso que la prestación lleve Dependencia deberán presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) , confeccionada por Licenciada en Terapia Ocupacional.

En ningún caso la recepción de la documentación implicara la autorización de la cobertura solicitada la misma esta sujeta al análisis de la auditoria del área de discapacidad.

Documentación a presentar:

- Inscripción y Categorización vigente en el Registro Nacional de Prestadores (RNP).
- Constancia de Inscripción ante ARCA.
- Póliza de Seguro actualizada.
- Comprobante bancario con N° de CBU.

Presupuesto:

- Deber ser el Modelo que brinda la Obra Social , NO se aceptara modelo propios.
- Fecha de Emisión posterior al Pedido Medico.
- Importe deberá ser sujeto a la ultima Resolución Arancelaria publicada en el Boletín Oficial
- Firma Ológrafa (de puño y letra) y Sello del Responsable del la Institución

Plan de Tratamiento:

- Debe indicar datos del Beneficiario y del Prestador.
- Fecha de Emisión posterior al pedido Medico.
- Deben contener los objetivos, especificando el abordaje y la metodología para lograrlos.
- Todo los planes de tratamiento deben estar referidos específicamente al Beneficiario , NO se dará curso a planes de tratamientos genéricos.
- Debe estar Firmado y Sellado.

Informe Inicial : Solamente si es prestación o prestador nuevo.

- Debe indicar datos del Beneficiario y del Prestador.
- Fecha de Emisión posterior al Pedido Medico.
- Deberá presentarlo el profesional tratante indicando las herramientas utilizadas , el tratamiento sugerido , el diagnóstico funcional , social y terapéutico , así como el requerimiento de apoyo propuesto.
- Debe estar Firmado y Sellado.

Informe Evolutivo: Se debe presentar en caso de continuidad de tratamiento.

- Debe indicar datos del Beneficiario y del Prestador.
- Debe estar firmado y sellado.

Cronograma: Se deberá presentar detallando todas las actividades que el beneficiario va a realizar.

Informes Semestrales :

• **Primer Informe Semestral:** Dicho informe abarca desde el comienzo de la prestación independientemente de cuando comenzó la prestación.

• Indicando datos del beneficiario y del prestador, debe estar firmado y sellado por el profesional y se deberá presentar con la Facturación de Junio.

• **Segundo Informe Semestral :** Indicando datos del beneficiario y del prestador , debe estar firmado y sellado por el profesional y se deberá presentar con la Facturación de Diciembre.



IMPORTANTE: Las Obras Sociales no pueden dar Cobertura con el Profesional o Institución que no se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de la Superintendencia de Servicios de Salud y en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios a favor de las personas con Discapacidad; dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad según corresponda.

Con lo establecido por los Artículos 11 y 12 de la Ley N°24901 resulta fundamental la participación activa del Equipo Interdisciplinario de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga. Dichos Equipos deberán evaluar el plan de abordaje que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad y su familia. En caso de considerarlo pertinente, podrán solicitar documentación respaldatoria adicional.

La falta de los requisitos solicitados, demorará la autorización de la práctica solicitada hasta tanto no contar con toda la documentación.