

Solicitud de las prestaciones para Tratamientos de Rehabilitación



REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO/A

Certificado de Discapacidad Si tiene el CUD vencido, recuerde enviar la constancia de renovación emitida por la junta de evaluación, esto permitirá dar continuidad a la prestación.

- ✓ En caso de solicitar Prestación de Apoyo (solo una terapia de rehabilitación) se solicitará constancia de alumno regular de escolaridad común, escolaridad especial, Centro de Día o CET.

- ✓ MODIFICACIONES EN LA PRESTACIÓN.

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse por email a: discapacidad.ostel@gmail.com

NOTA: la documentación que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido.



REQUERIMIENTOS PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

1 *Resumen de Historia Clínica* (protocolo en adjunto)

2 *Prescripción médica indicar periodo de la prestación.*

Debe ser original. Indicar especialidad, cantidad semanal / mensual de sesiones

- Se solicitará cada prestación en hoja aparte.
- Deberá contener: Nombre del/a Afiliado/a, DNI, Diagnóstico/s

Resumen de Historia Clínica

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Nro. Afiliado:

Edad:

Diagnóstico:

Informe Integral de la condición de salud:

Descripción de las prestaciones que recibe actualmente:

Firma y sello del profesional





REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

Se solicitará:

Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) Kinesiólogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Psicomotricistas, Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales.

Los Centros de Rehabilitación deberán presentar RNP y Categorización acreditada por la ANDIS

Para el comienzo de una nueva prestación se solicitará: Presentación de informe de evaluación inicial de tratamiento, con un plan de abordaje individual detallando período, modalidad, objetivos específicos de tratamiento, estrategias de intervención.

En caso de renovación de tratamiento, se solicitará un informe evolutivo con las intervenciones realizadas, los resultados alcanzados, con qué núcleo de apoyos contó y el período de abordaje. Plan de abordaje individual detallando período, modalidad, objetivos específicos de tratamiento, estrategias de intervención.

Cuando se conformen módulos con más de un tratamiento, se solicitará enviar además, un plan con objetivos interdisciplinarios firmado por los terapeutas a cargo.

Informes de evolución semestral: describir logros de objetivos y nuevas estrategias terapéuticas.

Presentación de presupuesto prestacional en original (en adjunto) con los siguientes datos:

- ✓ Modalidad de la prestación
- ✓ Detalle de días específicamente los días de la semana de atención y cantidad de sesiones por mes.
- ✓ Importe mensual y por sesión.
- ✓ Debe indicar domicilio del consultorio, teléfono, sello y firma del profesional tratante.

Completar la planilla de conformidad anual firmada por terapeuta y familia (en adjunto)

Firma de la planilla mensual de asistencia (en adjunto)

Completar Planilla CBU (en adjunto)

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión ____ / ____ / ____

Razón Social del Prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo Electrónico del Contacto _____

Teléfono:- _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar _____

Tipo de Jornada a realizar _____

Categoría: _____

Período: desde _____ hasta: _____

Almuerzo: **Sí** **No.**

Monto Mensual: _____

En caso de

corresponder:

Dependencia: **Sí** - **No.**

Matrícula Anual: _____

Cantidad de Sesiones Mensuales _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y Aclaración del Prestador



CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

Fecha: .../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento

Tipo

(.....) No....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación

Se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:



APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR:

PRESTACIÓN:

MES:

AÑO:

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO	ACLARACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Planilla CBU

Sres OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2023 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:.....

Nro de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.....

Entidad Bancaria.....

Nro CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado





REQUERIMIENTOS PARA LA FACTURACIÓN

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT 30-60871639-0 y Nombre)

Presentación mensual (*del 01 al 10 de cada mes*).

Presentar planilla de asistencia mensual.

- La facturación se debe enviar al correo: integracion.ostel@gmail.com en formato PDF emitido por AFIP

La factura deberá presentarse con los siguientes datos:

- Nombre del beneficiario y DNI
- Indicar prestación y período
- Cantidad de sesiones, valor unitario de las mismas, importe total
- En caso de Centros de Rehabilitación especificar tipo de modalidad: Prestación de Apoyo, Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo.

El recibo deberá contener: Nro. de factura que cancela.