

REQUERIMIENTOS GENERALES 2019:

- CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD VIGENTE.
- Formulario “Solicitud de Prestaciones y Servicios” completo en su **totalidad**.
- Adjunto al Formulario deberán presentar el expediente que contenga **todas las prestaciones** que formarán parte del Tratamiento del Afiliado. La misma deberá presentarse antes del inicio de el/los tratamientos.
- Cuadro de horarios de prestaciones especiales ([enlace](#))

Listado de documentación requerida para el armado del expediente

- **Prescripción médica**

-Diagnóstico.

-Nombre de la prestación.

-Tipo de jornada.

-Cantidad de sesiones semanales por terapia.

• **Plan de tratamiento**

-Objetivos concretos.

-Informe de admisión/ evolución anual (según corresponda)

-Días, horarios y lugar de atención

-Datos personales del profesional

(e-mail, tel, título, insc RNP)

-Tipo de facturación(liquidación/ reintegro)

DEBERÁ COMPLETARSE EL CUADRO DE HORARIOS CON TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL BENEFICIARIO, HORARIO ESCOLAR, PRESTACIONES INDIVIDUALES, ETC.

Requerimientos específicos por prestación ([descargar](#))

I. APOYO A LA INTEGRACIÓN

-Indicación médica

-Proyecto pedagógico para la inclusión

-Informe psicopedagógico de la escuela especial

-Adaptaciones curriculares + acta acuerdo con Institución Escolar

Podrá ser brindada por:

-Equipo CATEGORIZADO (actividad áulica y extra áulica)

-Maestra de apoyo (únicamente actividad áulica)

II. TRANSPORTE

-Indicación médica

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado de usufructuar el traslado gratuito en transporte público. Ley 24314 Art 22 inc. A.

-Planilla de solicitud de transporte + habilitación municipal + seguro + fotocopia carnet de conductor + GOOGLE MAPS (o constancia emitida por organismo oficial del kilometraje entre puntos de destino) + Presupuesto.

-CONSTANCIA DE CONCURRENCIA A REHABILITACIÓN Y/O ESCUELA. Debe contener días- horarios-domicilio.

-CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR 2019: debe constar el domicilio de la institución educativa.

III. PAÑALES

-Prescripción médica aclarando cantidad por mes y talle.

-Deberá completar un formulario de solicitud ([enlace](#))

TENDRÁ QUE OPTAR POR LAS MARCAS QUE OTORGA OSUNR, O EL VALOR EQUIVALENTE A LOS MISMOS.

EN NINGUN CASO LA RECEPCION SIGNIFICARA LA AUTORIZACION DE LA COBERTURA SOLICITADA. LA MISMA DEBERA SER ANALIZADA Y APROBADA POR LA AUDITORIA DE AREA DE DISCAPACIDAD

Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria (Kinesiología - Terapia Ocupacional – Fonoaudiología - etc.) serán reconocidas por 11 meses al año, esto en función del período de vacaciones / descanso del paciente.

La cobertura autorizada estará publicada en nuestro sitio web www.osunr.com.ar , sección: CONSULTA DE GESTIONES, para comenzar los distintos tratamientos.

Será enviado por email al prestador.