REQUISITOS GENERALES:

- Datos de la Superintendencia de Servicios de Salud (**leer**)
- CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD VIGENTE
- PEDIDO MÉDICO
- Formulario “Solicitud de Prestaciones y Servicios” completo en su **totalidad**. **(descargar)**
- Formulario para Evaluación de Cobertura **(descargar)**
- Cuadro de horarios de discapacidad / prestaciones especiales **(descargar)**
- Formulario de medicamentos especiales **(descargar)**
- Planilla FIM (Escala de Medida de Independencia Funcional) - **sólo en caso de ser requerida** **(** descargar **)**

Listado de documentación requerida para el armado del expediente

LA DOCUMENTACIÓN DEL PLAN ANUAL DEBERÁ SER PRESENTADA POR EL AFILIADO EN UN CORREO ELECTRÓNICO POR PRESTACIÓN, ENVIADOS TODOS EN EL TRANSCURSO DE LA MISMA SEMANA.

ADICIONALMENTE DEBERA INCLUIR EL HORARIO CON EL TOTAL DE LAS ACTIVIDADES QUE REALICE, Y, SI ASISTE AL COLEGIO, DETALLAR LA ESCOLARIDAD.

• **Plan de tratamiento**

- Objetivos concretos.

- Informe de admisión/ evolución anual (según corresponda)

• **Datos personales del profesional**

- Título

- Inscripción RNP

• **Tipo de facturación**

- ***Liquidación***: deberá presentar una única factura por mes por prestador del 01 al 15 de cada mes.

- ***Reintegro:*** deberá presentarse por correo electrónico en un único email por beneficiario del 16 al 30 de cada mes.

Se informa que las validaciones on-line en la Plataforma de AMR deberán contar con las FIRMAS DEL AFILIADO Y PRESTADOR y que junto con la facturación deberá presentarse el "Informe Periódico" que se emite desde la plataforma del autorizador web de AMR, correspondiente al período facturado. La facturación se entregará **EXCLUSIVAMENTE** del 01 al 15 de cada mes por correo electrónico a prestacionesespeciales@osunr.com.ar. Deberá informarse también un TELEFONO de contacto del prestador.

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

Requerimientos específicos por prestación

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. ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

- Deberá completar el siguiente formulario (**formulario acompañante terapéutico**).

III. TRANSPORTE

- Indicación médica

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado de usufructuar el traslado gratuito en trasporte 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.

- Descargar formulario para completar **aquí** .

IV. 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.

V. MEDICACIÓN

- Formulario de solicitud de medicamentos especiales. En caso de requerir alguna medicación que corresponda a la patología declarada en el C.U.D. su médico deberá completar el siguiente formulario (**descargar**)

- Enviar recetas a recetasdiscapacidad@osunr.com.ar

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

La cobertura autorizada será enviada por correo electrónico al prestador y al afiliado.

Es muy importante que informe un correo electrónico al que tenga acceso y que consulte periódicamente.