

REQUISITOS GENERALES PARA APERTURA DE CARPETA:

Toda la documentación debe ser presentada por:

prestacionesespeciales@osunr.com.ar

- *CUD (Certificado Único de discapacidad **Vigente**)*

- *Historia Clínica*

- *Formulario "Solicitud de Prestaciones y Servicios" completo en su totalidad. ([descargar](#))*

- Datos de la Superintendencia de Servicios de Salud (leer)

- Planilla FIM (Escala de Medida de Independencia Funcional) - sólo en caso de ser requerida ([descargar](#))

REQUISITOS PARA SOLICITUD DE PRESTACIONES NUEVAS

Pedido médico

Formulario para Evaluación de Cobertura ([descargar](#))

Plan de Tratamiento (Objetivos generales y particulares)

Informe inicial.

Datos del Prestador: RNP y Título.

Centros de rehabilitación/ Centros de día/ CET: adjuntar habilitación municipal/provincial, categorización.

REQUISITOS PARA RENOVACIÓN DE PRESTACIONES

Pedido médico

Formulario para Evaluación de Cobertura ([d escargar](#))

Plan de Tratamiento (Objetivos generales y particulares)

Informe evolutivo.

INTEGRACIÓN ESCOLAR:

- Habilitación del equipo

- Solicitud de la escuela común a la que asiste. Informe del niño.

- *Informe de la escuela especial.*
- *Formulario para evaluación de cobertura*
- *Nombre y apellido del docente integrador.*
- *Proyecto pedagógico para la inclusión.*
- *Adaptaciones curriculares + acta acuerdo con Institución Escolar*
- *Horario de concurrencia de la maestra.*

Podrá ser brindada por:

- *Equipo CATEGORIZADO (actividad áulica y extra áulica). Adjuntar habilitación.*
- *Maestra de apoyo (únicamente actividad áulica). Título*

ACOMPañANTE TERAPÉUTICO

- *Pedido Médico*

- *Formulario para evaluación de cobertura de AT ([enlace](#))*

- *Título: Deben ser emitidos por una entidad oficial pública ó privada de educación.*

- *Plan de Tratamiento (Objetivos concretos. Informe de admisión/ evolución anual (según corresponda)*

- *CV. Plan de estudio/modalidad de cursado.*

PLANILLA DE HORARIOS ([enlace](#))

- *Formulario completo con horarios y días de todas las prestaciones. Incluyendo horarios de escolaridad.*

TRANSPORTE

- *Pedido médico*

- *Formulario de solicitud de transporte ([enlace](#))*

- *Habilitación municipal + seguro + fotocopia carnet de conductor + GOOGLE MAPS (o constancia emitida por organismo oficial del kilometraje entre puntos de destino).*

Este beneficio será para aquellos beneficiarios que se vean imposibilitados de usufructuar el traslado gratuito en transporte público. Ley 24314 Art 22 inc. A.

MEDICAMENTOS:

Formulario de medicamentos especiales (descargar)

PAÑALES:

- *Pedido médico.*
- *Formulario de solicitud ([enlace](#))*
- *Tendrá que optar por las marcas que otorga OSUNR ó el valor equivalente a los mismos.*

Presentación de documentación:

-*La documentación deberá ser enviada en forma virtual por el afiliado/familiar a la siguiente dirección de correo: prestacionesespeciales@osunr.com.ar*

-Cada prestación se recibirá solamente en PDF y deberá contener toda la documentación detallada anteriormente. (solicitar la documentación completa al prestador)

- En Asunto colocar nombre y apellido del beneficiario y prestación a solicitar.

Se recibirá un correo por prestación con sus archivos identificados (nombre)

- El inicio de las prestaciones será posterior a la autorización.

- No se abonarán prestaciones brindada previas a la autorización de la OSUNR.

ATENCIÓN

Con el propósito de optimizar los tiempos de auditoría y evitar la acumulación de solicitudes, se ha establecido el siguiente cronograma para la presentación de documentos:

· *Personas mayores de 60 años: Presentación antes del **31 de Octubre 2024**.*

· *Personas menores de 60 años: Presentación antes del **31 de Enero 2025**.*

REQUISITOS PARA FACTURAR:

Reintegro:

- **La factura deberá realizarla por reintegro, deberá ser dirigida al afiliado y es necesario que conste:**

-A que tipo de prestación corresponde

-Importe individual de la sesión

-Periodos facturados

- Se presentará una única por prestador por mes, la misma deberá contener ambos meses y/o afiliados en una sola factura.

-Todas las facturas deben ser presentadas con sus correspondientes validaciones en la plataforma AMR/asistencia según prestación firmada por el afiliado. No se abonaran facturas pasados los 60 días de realizada la prestación

Todas las facturas y asistencias deben ser presentadas por el afiliado titular de la OSUNR, no por el prestador a nuestro único correo de

prestacionesespeciales@osunr.com.ar indicando en el asunto del mail la palabra REINTEGRO + apellido de afiliado.

REQUISITOS PARA FACTURAR:

Liquidación:

En la factura es necesario que conste:

-A que tipo de prestación corresponde

-Nombre/s del o los afiliados

-Importe individual de la sesión

-Importe discriminado por afiliado

-Periodos facturados

-La factura debe estar hecha a nombre de la obra social (CUIT 30-62990817-6)

-Todas las facturas deben ser presentadas con sus correspondientes validaciones en la plataforma AMR/asistencia según prestación firmada por el afiliado. No se abonaran facturas pasados los 60 días de realizada la prestación

-Se recepcionará por mail del 1 al 15 de cada mes a nuestro correo de prestacionesespeciales@osunr.com.ar indicando en el asunto la palabra liquidación + apellido del prestador. Debe ser enviada en un mail nuevo, no en cola de anteriores

- No se aceptaran 2 facturas por mes de un mismo prestador, en caso de tener que presentar facturación de más de un afiliado, más de un mes/ajuste, la misma deberá contener los meses y/o afiliados en una sola factura con sus respectivas asistencias.

