

## CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO (C.E.T.) - INSTRUCTIVO

*Antes de enviar la documentación deberá verificar afiliación en Padrón de SSSalud y que esté activo en padrón de Obra social.*

### FAMILIAS – Documentación a presentar

#### 1. Recibo correspondiente al tipo de afiliación

- Afiliado relación dependencia: Último recibo de Haberes- **un solo recibo**.
- Afiliado Monotributo: copia de los 6 últimos recibos pagos correlativos.
- Desempleo: recibo de cobro de desempleo.

#### 2. **Certificado de Discapacidad:** Vigente y firmado digitalmente por la Junta Evaluadora o el organismo oficial que emite el certificado.

#### 3. **Resumen de Historia Clínica:** Debe incluir fecha, firma, sello del profesional, descripción de la condición de salud y de las prestaciones actuales. Firmada por el médico tratante de la cartilla de la Obra Social. No médico de la institución en la que se efectuará la prestación (**se adjunta formulario**).

#### 4. **Receta Médica:** con identificación del beneficiario (apellido, nombre y DNI). Debe indicar modalidad prestacional, Jornada (simple o Doble) y período prestacional (desde y hasta), con diagnóstico y fecha de emisión. Firmada por el médico tratante de la cartilla de la Obra Social. No médico de la institución en la que se efectuará esta prestación. (**Se adjunta formulario**).

#### 5. **Conformidad Prestacional** firmada por la persona con discapacidad o su familia o tutor responsable (**se adjunta formulario**).

#### 6. **Dependencia:** en caso de solicitar dependencia, deberá presentar:

- Planilla FIM firmada por Lic. Terapia Ocupacional (**solicitar formulario**)
- Más el informe del prestador con detalle de apoyos especificados a brindar en el plan de abordaje.

### PRESTADOR – Documentación a presentar

#### 7. **Informe:** *SOLO SE PRESENTA UNO DE ELLOS, según corresponda (ver punto a o b)*

- a) **Nueva Prestación:** presentar el **Informe de Evaluación inicial** detallando su apreciación profesional, los instrumentos de valoración aplicados para la confección del mismo y los resultados del proceso de evaluación (**con firma y sello del prestador**).
- b) **Renovaciones:** presentar el **Informe Evolutivo** detallando en el mismo el período de abordaje, la modalidad de prestación, la descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y un núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados en el período anterior. (**con firma y sello del prestador**).

#### 8. **Plan de Abordaje Individual** con período, objetivos, estrategias a implementar y modalidad de prestación (**con firma y sello del prestador**).

## CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO (C.E.T.) - INSTRUCTIVO

9. **Presupuesto y cronograma** con valor individual (sesiones, horas o módulo mensual), con días y horas de atención, lugar donde se prestará el servicio, datos del prestador (**con firma y sello del prestador**). (*Se adjunta formulario*).
10. **Informe de Seguimiento SEMESTRAL** de la prestación brindada (con firma y sello del prestador).
11. **Documentación Institucional:** instituciones nuevas deben presentar la documentación completa solicitada en este punto. Pero para aquellas que solicitan renovación de tratamiento, solo deberán adjuntar los documentos que tenga vencimiento para el período solicitado.
  - Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la ANDis- SNR (Copia completa de la **Resolución de Categorización**).
  - Habilitaciones jurisdiccionales del Establecimiento.
  - AFIP (Constancia de Inscripción).
  - Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente del Director Médico.
  - Seguros vigentes.
  - CBU bancario.
  - Datos: Apellido, nombre y cargo del responsable institucional con teléfono y mail de contacto.

### Envío de la documentación a la Central de OSAM por mail a:

[discapacidad@aomaosam.org.ar](mailto:discapacidad@aomaosam.org.ar)

- La presentación deberá hacerse con 30 días hábiles anteriores al período prestacional solicitado para que pueda ser verificada y autorizada.
- Se presenta por mail en archivo formato “**pdf**”
- Antes de digitalizar los archivos revisar que cada documento contenga firma ológrafa y sello del prestador, y en el caso del consentimiento, que tenga la firma ológrafa de la persona con discapacidad o su representante. Las firmas ológrafas son las de puño y letra de la persona en cuestión, por lo tanto, **no se aceptarán firmas pegadas**.