

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA NAVAL

CHACABUCO 528, TIGRE (1648) – TEL: 4749-2115

RNOS 113700 E-MAIL: osnavales@yahoo.com.ar



PRESTACIONES DISCAPACIDAD 2025

SEGÚN RESOLUCIÓN 360/22 SUPERINTENDENCIA SERVICIOS DE SALUD.

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- El inicio del trámite no implica en sí mismo su autorización. Las prestaciones podrán ser brindadas SOLO cuando cuenten con autorización emitida por el ÁREA DE DISCAPACIDAD DE LA OBRA SOCIAL.
- El inicio de las prestaciones, sin autorización NO OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR LAS PRESTACIONES. La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, NO DA DERECHO al profesional a continuar con la prestación, ni obliga a la OBRA SOCIAL a cubrir el pago sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- Ante cualquier irregularidad detectada por el sector de auditoría, la obra social podrá interrumpir en cualquier momento del año, la prestación.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- TITULAR: en el caso de estar afiliado siendo MONOTRIBUTISTA/MONOTRIBUTISTA SOCIAL: se debe presentar fotocopia de los comprobantes de pago de los últimos 3 meses anteriores a la fecha de inicio del trámite.
- TITULAR: en caso de estar afiliado bajo RELACIÓN DE DEPENDENCIA; presentar fotocopia de los últimos 3 recibos de sueldo.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR SEGÚN LA PRESTACIÓN REQUERIDA:

ESTABLECIMIENTOS (EGB/CET/C. DIA)	TRANSPORTE	MODULOS AMBULATORIOS/ EST. TEMPRANA
<ol style="list-style-type: none">1. CUD2. INDICACION MEDICA3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA4. INFORME INICIAL O EVOLUTIVO5. PRESUPUESTO6. PLAN DE TRABAJO7. REGISTRO PRESTADOR /TITULO8. CONFORMIDAD AFILIADO9. ACUERDO PRESTADOR10. ACUERDO FAMILIA11. FIM (SI CORRESPONDE)	<ol style="list-style-type: none">1. CUD2. INDICACION MEDICA3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA4. PRESUPUESTO5. CONFORMIDAD AFILIADO6. ACUERDO PRESTADOR7. ACUERDO FAMILIA8. CONST. ALUMNO REGULAR9. FIM (SI CORRESPONDE)10. MAPA11. SEGURO, VTV Y LIC. CONDUCIR	<ol style="list-style-type: none">1. CUD2. INDICACION MEDICA3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA4. INFORME INICIAL O EVOLUTIVO5. PRESUPUESTO6. PLAN DE TRABAJO7. REGISTRO PRESTADOR8. CONFORMIDAD AFILIADO9. ACUERDO PRESTADOR10. ACUERDO FAMILIA
PROGRAMAS DE APOYO	INT. ESCOLAR/MAESTRA APOYO	HOGARES
<ol style="list-style-type: none">1. CUD2. INDICACION MEDICA3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA4. INFORME INICIAL O EVOLUTIVO5. PRESUPUESTO6. PLAN DE TRABAJO7. REGISTRO PRESTADOR8. CONFORMIDAD AFILIADO9. ACUERDO PRESTADOR10. ACUERDO FAMILIA11. CONSTANCIA ALUMNO REGULAR	<ol style="list-style-type: none">1. CUD2. INDICACION MEDICA3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA4. INFORME INICIAL O EVOLUTIVO5. PRESUPUESTO6. PLAN DE TRABAJO7. REGISTRO PRESTADOR8. CONFORMIDAD AFILIADO9. ACUERDO PRESTADOR10. ACUERDO FAMILIA11. ACTA ACUERDO12. CONST. ALUM. REG	<ol style="list-style-type: none">1. CUD2. INDICACION MEDICA3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA4. INFORME INICIAL O EVOLUTIVO5. PRESUPUESTO6. PLAN DE TRABAJO7. REGISTRO PRESTADOR8. CONFORMIDAD AFILIADO9. ACUERDO PRESTADOR10. ACUERDO DE FAMILIA11. INFORME SOCIAL12. FIM (SI CORRESPONDE)

Si la documentación presentada se encuentra completa y correcta se procederá a su Aprobación, y le será notificado fehacientemente. En caso de ser necesario se le solicitara la documentación faltante. Las prestaciones deben iniciar una vez otorgada la autorización.

NO SE AUTORIZAN PRESTACIONES CON RETROACTIVO.

IMPORTANTE

Para las prestaciones con dependencia se debe presentar Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), e Informe del Prestador indicando los apoyos que se brinden.

De acuerdo con Res. de la SSS del mes de marzo 2020, no se cubrirán transportes con dependencia a quienes sean menores de 6 años.