O.S.C.O.E.M.A.

Obra Social de la Confederación de Obreros y Empleados Municipales Argentina.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2025

Según Resolución 1743/2024.

Superintendencia Servicios de Salud.

O.S.C.O.E.M.A
Obra Social de la Confederación de Obreros y Empleados Municipales Argentina.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

Según Resolución 1743/2024

Superintendencia Servicios de Salud.

En el link adjuntado podrán encontrar la última resolución 1743/2024 con la nueva información:
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/312294/20240815

CONSIDERACIONES GENERALES

Desde el Departamento se orientará a aquellos prestadores que trabajen en función de la normativa vigente. Es decir, solo se cubrirán las prestaciones en Centros categorizados. Categorización: Que una institución se encuentre categorizada por la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (ANADIS) implica la supervisión de la calidad de los servicios que esta presenta por parte del Estado nacional y de la auditoria.

Usted puede conocer si la institución elegida se encuentra categorizada en el siguiente link:
https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Se hace saber que todos los profesionales y/o instituciones que no se encuentren con habilitación sanitaria vigente, matricula profesional y la respectiva inscripción en el Registro Nacional de Prestadores y/o Servicio Nacional de Rehabilitación no se encontrarán habilitados para brindar prestación. En el cuadro debajo están detallados los profesionales y los títulos con los que es posible inscribirse al Registro Nacional de Prestadores.

Terapias: Las prestaciones de apoyo que se autorizan deben estar remitidas a una prestación principal de concurrencia del socio (Escuela, Centro de día, formación laboral, etc.). Las mismas pueden ser hasta 2 terapias atención simple en centro o prestadores individuales y para 3 o más atención ambulatoria intensiva en centro o prestadores individuales.

Integración Escolar: la misma tiene por objetivo la adecuación de la curricula de aprendizaje y la metodología que el docente del colegio debe emplear. NO ES UN ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO. Con la integración escolar se tiende a la inclusión del niño en el aula, razón por la cual el adulto de referencia debe ser su docente y no el acompañante terapéutico. Esta prestación puede ser brindada por psicopedagoga y por maestra especial principalmente. Se evaluaran otras profesiones idóneas al tipo de discapacidad y al grado de especialización como ser psicólogos, Lic. En ciencias de la educación, etc.

Acompañante Terapéutico: Es una terapia que NO SE ENCUENTRA NOMENCLADA para ser subsidiada por el mecanismo de integración. En el caso que sea prescripta para personas con discapacidad, la misma debe estar debidamente fundamentada, con un plan de acción establecido, objetivos a corto plazo y cronograma de actividades terapéuticas. Esto será evaluado por el Equipo de auditoria, quien será el encargado de evaluar y rediseñar el plan de abordaje (art.12 y art. 39 inc. d). NO SE EVALUARÁ LA POSIBILIDAD DE ESTA COBERTURA sin título de grado del profesional, curso pertinente y profesional supervisor de la tarea.

Para solicitar la cobertura de Prestaciones incluidas en el Sistema de Prestaciones Básicas a favor de Personas con Discapacidad, Ud. deberá cumplimentar la documentación, que a continuación se detalla, en un plazo de 45 días previos al inicio del/los tratamientos, ya que no se reconocerá cobertura de tratamientos de forma retroactiva o que no hayan sido fehacientemente aprobados. Se recuerda que el ingreso de la documentación NO implica en si misma su autorización, ya que esta se encuentra sujeta al análisis y la evaluación que realice el Departamento de Auditoría en Discapacidad.

Orientación a padres: Las sesiones de orientación a padres no es una terapia de integración. Toda la documentación requerida está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones emanadas de Normativas vigentes de los Organismo oficiales.

Las Solicitudes de tratamiento que se cursen por cobertura de prestaciones por Discapacidad caducarán cada 31 de diciembre del año en que fueron solicitados.

Todos los legajos aprobados deben ser enviados desde la delegación al siguiente mail: expedientesoscoema2024@gmail.com

ENVIO DE LEGAJO:

A la hora de la aprobación de un expediente y el envío del mismo**, deberá estar toda la documentación en un único PDF** con el siguiente nombre:

- Cuil Beneficiario,

- seguido de ".zip"

Ejemplo: 99999999999.zip

Si el expediente no es enviado de esta forma, no se presentaran las facturas ante el mecanismo de integración.

CONTACTO

Para la consulta/envíos de la documentación por el mecanismo, debe dirigirse a la delegación a la que pertenece y contactarse con el área de discapacidad correspondiente.

Si necesita información sobre su delegación puede comunicarse a los teléfonos de Oscoema

Tel: (011) 4342-7332 / (011) 4342-6908 / 0800-333-3057.

MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Es la prestación de entrada al sistema donde el niño es estimulado de manera integral según sus propias necesidades. Es un Proceso terapéutico — educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente hasta los 6 años.

Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

Https: //apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada antes del inicio del tratamiento, se dará cobertura desde el mes siguiente de presentada la documentación completa)

1. Prescripción médica

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: MODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA

PERIODO: DE ENERO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

2. Constancia de alumno regular (CAR) ORIGINAL

3. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

4. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

5. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

6. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES SE DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo – Modalidad de abordaje.

7. Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución vigente

8. Categorización del servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.

9. Copia completa de la inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.

10. Habilitación sanitaria.

11. Seguro de la institución.

12. Constancia de opción / inscripción en la Afip.

13. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación).

14. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Resolución 1743/2024).

INSTRUCTIVO PARA EDUCACIÓN ESPECIAL INICIAL - EGB -

Nivel Inicial: Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.

Escuelas categorizadas para brindar esta prestación, pudiendo ser jornada simple o doble.

EGB: Proceso educativo especial programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio del tratamiento)

1 Prescripción médica:

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: EDUCACIÓN ESPECIAL, NIVEL EGB

PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Fecha:

2. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA Y en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

4. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

5. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES S£ DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo - Modalidad de abordaje.

6. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.

- Objetivos a corto y mediano plazo

- Modalidad de abordaje.

- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución vigente.

7. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

8. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.

11. Habilitación.

12. Seguro de la institución.

13. Constancia de opción / inscripción en la Afip

14. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación)

15. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

Conforme ANEXO II (Resolución 1743/2024).

FORMACIÓN LABORAL

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

Https: //apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio del tratamiento)

1- Prescripción médica.

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: FORMACIÓN LABORAL, TIPO DE JORNADA

PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación.

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL.

3. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

4. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

5. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

6. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.

- Objetivos a corto y mediano plazo

- Modalidad de abordaje

- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución vigente

7. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

8. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.

9. Habilitación.

10. Seguro de la institución.

11. Constancia de opción / inscripción en la Afip

12. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación)

13. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Resolución 1743/2024)

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Los servicios educativos de apoyo a las instituciones de educación común tienen por objeto, ofrecer los apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, dentro del ámbito de la educación común. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo.

El equipo de apoyo técnico especializado podrá pertenecer a una escuela especial, cet con integración escolar o actuar independientemente, capacitado para tal fin, deberá articular y coordinar su accionar, con el equipo docente, profesional de la escuela común donde el niño concurra y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo de un mínimo de 8 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional. Si el niño con necesidades educativas especial requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios necesarios para la inclusión integral del niño.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior del inicio).

1 Prescripción médica.

RP/
Nombre y Apellido:
DNI:
Solicito: MÓDULO DE APOYO A LA INT. ESC. Y EQUIPO
PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMEBRE 2025
Diagnostico:
Fecha:

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (Adjuntar planilla N* 002)

3. Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; institución educativa común; institución que brinda la integración escolar.

4. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

5. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

6. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

7. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES SE DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo - Modalidad de abordaje.

8. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.

- Objetivos a corto y mediano plazo
- Modalidad de abordaje
- Adaptaciones curriculares
- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución vigente

9. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

10. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.

11. Habilitación

12. Seguro de la institución

13. Constancia de opción / inscripción en la Afip.

14. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación)

15. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Resolución 1743/2024)

MÓDULO MAESTRO DE APOYO

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común, EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES, se evaluaran aquellas maestras/o con título de psicóloga/o, psicopedagoga/o, y Lic. En ciencias de la educación, con títulos habilitantes. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente). El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria de 20hs. Semanales, El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: la misma deberá estar presentada el mes anterior al inicio del trabajo.

1- Prescripción médica

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: MÓDULO MAESTRA DE APOYO, CANTIDAD DE HORAS

SEMANALES

PERIODO: DE MARZO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Fecha:

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (Adjuntar planilla N” 002)

3. Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; institución educativa común; institución que brinda la integración escolar

4. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

5. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

6. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES S£ DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo - Modalidad de abordaje.

7. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

8. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES) de la prestación brindada.

9. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.

- Objetivos a corto y mediano plazo
- Modalidad de abordaje
- Adaptaciones curriculares
- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución

10. Título habilitante y analítico de materias.

11. Seguro de mala praxis / responsabilidad civil.

12. Constancia de opción / inscripción en la Afip.

13. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación).

14. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Resolución 1743/2024)

CENTRO DE DÍA

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad. A través de las actividades que se desarrollen se procurará alcanzar los siguientes objetivos específicos:

a) Lograr la máxima independencia personal.

b) Adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social.

c) Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia.

d) Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional.

e) Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.

f) Apoyar y orientar a la familia.

g) Implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de tratamiento).

1. Prescripción médica

RP/
Nombre y Apellido:
DNI:
Solicito: CENTRO DE DÍA, TIPO DE JORNADA
PERIODO: DE ENERO A DICIEMEBRE 2025
Diagnostico:
FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024
Fecha:

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (Adjuntar planilla N* 002)

3. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIME RA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

4. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

5. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

6. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES S£ DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo – Modalidad de abordaje.

7. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica).

- Objetivos a corto y mediano plazo.
- Modalidad de abordaje.
- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución vigente.

8. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.

9. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.

10. Habilitación.

11. Seguro de la institución.

12. Constancia de opción / inscripción en la Afip.

13. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación).

14 .Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II [Resolución 1743/2024).

MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO

Comprende la atención 5 (cinco) sesiones semanales o más en no más de 3 (tres) días a la semana. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales. La atención ambulatoria de prestaciones de rehabilitación de pacientes deberá estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda, el cual debe coordinar al resto de los profesionales intervinientes.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación. https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de la prestación.

1- Prescripción médica

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: Terapia+ cantidad de sesiones

Periodo: DE ENERO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Fecha:

2. Constancia de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL

3. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

4. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, S£ DEB£ ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

5. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

6. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES 5£ DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo - Modalidad de abordaje.

7 .Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.

- Objetivos a corto y mediano plazo.

- Modalidad de abordaje.

- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución vigente

8. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

9. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.

10. Habilitación.

11. Seguro de la Institución.

12. Constancia de opción / inscripción en la Afip

13. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación)

14. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO ll [Resolución 1743/2024).

MÓDULO INTEGRAL SIMPLE

Cuando las sesiones se brinden con una periodicidad de 2 días a la semana (lunes a viernes) en no más de 4 sesiones semanales, y un mínimo de 3 sesiones semanales. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

La atención ambulatoria de prestaciones de rehabilitación de pacientes deberá estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda, el cual debe coordinar al resto de los profesionales intervinientes.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de la prestación.

1- Prescripción médica

RP/
Nombre y Apellido:
DNI:
Solicito: Terapia+ cantidad de sesiones
Periodo: DE ENERO A DICIEMEBRE 2025
Diagnostico:
FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del
31 dic 2024
Fecha:

2. Constancia de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (Adjuntar planilla N* 002)

3. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, SE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

4. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

5. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

6. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES S5£ DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) dela prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo – Modalidad de abordaje.

7. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.

- Objetivos a corto y mediano plazo
- Modalidad de abordaje
- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución

8. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

9. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la SSSalud de la Institución.

10. Habilitación.

11. Seguro de la Institución.

12. Constancia de opción / inscripción en la Afip.

13. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación).

14. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II [Resolución 1743/2024).

PRESTACIONES DE APOYO - TERAPIAS

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad.

El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

Para ser prestación de apoyo, deben presentar de manera obligatoria el CUE del colegio La Clave Única del Establecimiento (CUE) es el elemento esencial para la identificación de cada establecimiento en el sistema estadístico nacional, es decir que todos los establecimientos educativos reconocidos en forma oficial tienen asignado un número de CUE. Único Escolar

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio del tratamiento.

1- Prescripción médica

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: PRESTACIÓN DE APOYO — TERAPIA, CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES

PERIODO: DE ENERO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Fecha:

2. Resumen de Historia Clínica: antecedentes y evolución.

3. Constancia de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (Adjuntar planilla N* 002)

4. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

5. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA y en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

6. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

7. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES SE DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo - Modalidad de abordaje.

8. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.

- Objetivos a corto y mediano plazo
- Modalidad de abordaje
- Presupuesto: días horarios — valor sesión

9. Copia de título habilitante.

10. Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud/ matricula correspondiente al ejercicio profesional.

11. Habilitación Sanitaria del consultorio expedida por autoridad competente o colegio de profesionales.

12. Seguro de mala praxis / responsabilidad civil.

13. Constancia de opción / inscripción en la Afip.

14. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación).

15. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO ll [Resolución 1743/2024).

PRETADORES HABILITADOS PARA BRINDAR PRESTACIONES DE APOYO.

FONOAUDIÓLOGOS	-Lic. en Fonoaudiología -Fonoaudiólogos
KINESIÓLOGOS	-Lic. en Kinesiología -Kinesiólogos -Terapista Físico
MUSICOTERAPEUTAS	-Lic. en Musicoterapia -Musicoterapeutas
PSICOPEDAGOGÍA	-Lic. en Psicopedagogía -Psicopedagogos Universitarios.
PSICÓLOGOS	-Lic. en Psicología -Psicólogos
PSICOMOTRICISTAS	-Lic. en Psicomotricidad -Psicomotricistas
TERAPISTAS OCUPACIONALES	-Lic. en Terapista Ocupacional

En el siguiente link se podrá encontrar este mismo cuadro y los requisitos de la Superintendencia de Servicios de Salud para la inscripción al Registro Nacional de Prestadores:

https://www.sssalud.gob.ar/?cat=prestadoresé.page=prestadores.

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

Estas metodologías pueden incorporar, reformulados pedagógicamente, recursos extraídos del campo terapéutico; por lo que el equipo profesional que las investigue, produzca y aplique, tendrá una composición y conformación que permita ese abordaje.

El mismo está dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

La organización educativo terapéutica en todo servicio deberá incluir como mínimo tres sesiones individuales para la Modalidad de concurrencia de Jornada Doble y dos sesiones individuales en el caso de jornada Simple de las distintas especialidades o de alguna de ellas, determinadas a partir de la evaluación inicial interdisciplinaria y la estrategia de abordaje para cada caso en particular.

En el caso de necesitar una mayor cantidad de estimulación en algún área determinada, la misma debe solicitarse como prestación de apoyo y estar justificada por el médico tratante y por el cuerpo directivo del CET.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de tratamiento)

1- Prescripción médica

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO, TIPO DE JORNADA

PERIODO: DE ENERO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Fecha: 30/12/2023

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (Adjuntar planilla N* 002)

3. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

4. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

5. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

6. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES S£ DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo - Modalidad de abordaje.

7. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica).

- Objetivos a corto y mediano plazo
- Modalidad de abordaje
- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución vigente

8. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

9. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.

10. Habilitación.

11. Seguro de la institución.

12. Constancia de opción / inscripción en la Afip.

13. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios particulares/privados exentos de esta presentación)

14. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Resolución 1743/2024).

HOGARES HOGAR, HOGAR CON CENTRO DE DÍA, HOGAR CON CET, PERMANENTE O DE LUNES A VIERNES - SOLO PARA HOGARES CATEGORIZADOS - NO GERIATRICOS

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección. OBSERVACIÓN: Al Resumen de Historia Clínica de Discapacidad se deberá adjuntar un Informe Social elaborado por Lic. En Trabajo Social que no pertenezca a la Institución. El mismo deberá justificar la imposibilidad de continencia familiar.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

Https: //apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser el mes anterior a la internación en el hogar)

1- Prescripción médica

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: HOGAR, TIPO DE JORNADA

PERIODO: DE ENERO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Fecha:

2. Informe evolutivo inicial (AL INICIO DEL TRATAMIENTO ,5S£ DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA PRIMERA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3. informe evolutivo de la prestación (MENSUAL, SE DEB£ ENTREGAR JUNTO CON LA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

4. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

5. Informe de seguimiento semestral (CADA 6 MESES S£ DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindad a. Objetivos a corto y mediano plazo - Modalidad de abordaje.

6. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica).

- Objetivos a corto y mediano plazo
- Modalidad de abordaje
- Presupuesto: días horarios — valor mensual según resolución vigente

7. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

8. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.

9. Habilitación

10. Seguro de la institución.

11. Constancia de opción / inscripción en la Afip

12. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Resolución 1743/2024).

TRANSPORTE

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. La Solicitud de Transporte debe ser fundamentada adecuadamente por médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público.

1- Prescripción médica

RP/

Nombre y Apellido:

DNI:

Solicito: TRANSPORTE (DETALLAR PRESTACION A LA CUAL SE TRASLADA EL AFILIADO, DETALLAR DIRECCIÓN DE ORIGEN Y DESTINO). **Detallar si corresponde dependencia**.

PERIODO: DE ENERO A DICIEMEBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Fecha:

2. Constancia de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (adjuntar planilla 002). SOLO en aquellos casos en donde se solicite transporte a institución educativa y no lo haya presentado en otra prestación

3. Presupuesto: debe detallar: Días y horarios de concurrencia, direcciones de traslado. Los valores presupuestados deben coincidir con lo solicitado por el médico tratante y el valor del km debe adecuarse a los valores indicados en resolución vigente.

4. Recorrido impreso en Google Maps: http://www.google.com.ar/maps

5. Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado del transporte

6. Seguro vigente.

7. Licencia de Conducir vigente.

8. Cédula del vehículo.

9. Constancia de opción / inscripción en la AFIP.

10. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación)

11. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II [Resolución 1743/2024).

IMPORTANTE — SOLICITUD DE DEPENDENCIA

En caso de que el médico tratante indique que la prestación debe brindarse con dependencia, la misma debe estar justificada en el resumen de HC realizado por el medico junto con la presentación de la Escala FIM (Art. 13 Ley 24.901). La dependencia en todos los casos será evaluada y autorizada por el equipo interdisciplinario, pudiendo este solicitar documentación adicional.

NO se reconoce dependencia en menores de 7 años.

DOCUMENTACIÓN DE CADA EXPEDIENTE A PRESENTAR

DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO

- **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD**: Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por en la Agencia Nacional de Discapacidad. Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo.

- **FOTOCOPIA DE DNI:(**Documento Nacional de Identidad) DEL AFILIADO QUE RECIBIRÁ LA PRESTACIÓN.

- **CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR:** Deberá presentarse una constancia de alumno regular al comienzo, mediados y finalización del año lectivo. En los casos en los que el socio no se encuentre escolarizado deberá justificar dicha situación mediante una nota firmada por los padres y un informe del equipo tratante que explique los motivos por los cuales es difícil o imposible su concurrencia a instituciones educativas.

- **PLANILLAS CORRESPONDIENTES.**

DOCUMENTACIÓN DE PREESCRIPCIÓN MÉDICA

1. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ORIGINAL - confeccionada por el Médico de Cabecera/Tratante (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra, etc.). COMPLETO, LEGIBLE y con fecha ANTERIOR al comienzo del tratamiento, con firma y sello del profesional médico. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del profesional médico. La fecha de confección de la Historia Clínica deberá coincidir con la fecha que figura en las órdenes médicas y en la planilla de conformidad de tratamiento,

- Resumen de Historia clínica del médico tratante incluyendo

- Nombre y apellido del socio

- Diagnóstico (según Certificado Único de Discapacidad)

- DNI del afiliado

- Fecha de nacimiento

- Antecedentes: Incluir las intervenciones terapéuticas y/o educativas previas.

- Plan terapéutico y farmacológico si lo hay: Debe indicar las prestaciones requeridas.

- Evolución del tratamiento en el último año.

- La fecha de la HC debe ser anterior al inicio de las prestaciones.

2. PRESCRIPCION MEDICA ORIGINAL indicando el/los tratamientos/s propuesto/s por el médico tratante, Consignando Nombre y Apellido, Nro. de socio, Diagnóstico y Periodo de cobertura. LEGIBLE.

Dicha indicación deberá estar emitida con fecha ANTERIOR al inicio de la prestación.

Pedido médico de las prestaciones, Cada orden debe contener:

- NOMBRE Y APELLIDO - EDAD

- OBRA SOCIAL / PREPAGA.

- DNI

- DIAGNÓSTICO: El mismo debe coincidir con el que figura en el CUD.

- PRESTACIÓN SOLICITADA: Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo ab cada instructivo.

- DEPENDENCIA: En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. Incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional (FIM).

(Solo para mayores de 6 años) (Art.13 Ley 24.901).

- PERIODO DE LA PRESTACIÓN: Debe indicar el período en el cual se brindará la prestación

(Ejemplo: Marzo a Diciembre 2022 o Enero a Diciembre 2022).

- FIRMA Y SELLO: Del médico tratante.

- FECHA: La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado para la prestación.

Ejemplo: si la prestación comienza el 01/01/2022, la fecha debe ser 26/12/2021 o anterior.

Delo contrario NO puede autorizarse el tratamiento.

IMPORTANTE

- Todos los valores serán los establecidos por Res. Conjunta de la Secretaria de Salud de la Nación y la Agencia Nacional de Discapacidad, en el nomenclador de prestaciones. En los casos de Acompañante terapéutico, el mismo no se encuentra en el nomenclador nacional ya que no es una figura perteneciente a la Ley de Discapacidad.

- No se autorizarán tratamientos en establecimientos o centros que no estén inscriptos en el RNP dependiente de la SSSalud y en el registro de prestadores de discapacidad de la ANDIS, y/o que tengan su inscripción en trámite y que no posean la habilitación para funcionar como tales, expedida por el Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación, o Autoridad Municipal, según corresponda:

https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

- No se autorizarán prestaciones con fecha anterior al certificado de discapacidad. NO SE RECONOCEN TERAPIAS QUE NO POSEEN AVAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA NACION Las “Prestaciones de Apoyo” (terapias) solo serán aceptadas como complemento de una prestación principal educativa o de rehabilitación con la constancia pertinente que acredite tal condición (alumno regular de establecimiento educativo, Cet o Centro de día).

- El tiempo reconocido por sesión de tratamiento en terapias de apoyo es de 60 minutos y la frecuencia semanal de asistencia se entenderá como 1 (una) sesión por cada día de concurrencia. NO SE AUTORIZAN SESIONES DE TRABAJO DOBLES.

- No se aceptarán prescripciones médicas en fax o fotocopia, presupuestos y facturas que no se adecuen a los lineamientos establecidos en el presente Instructivo, facturas con fechas anteriores a la emisión de la prescripción médica, sin los datos solicitados y con más de un paciente detallado.

- Los Recibos de cancelación de pago no podrán ser globales y en tal caso estar acompañados por un detalle de Recibo.

FACTURACIÓN DEL PRESTADOR

Recordar que las facturas deben ser enviadas a las delegaciones correspondientes del 1 al 5 de cada mes sin excepción.

- EN CASO DE TENER DELEGACION GALENO: la factura deben enviarla del 1 al 10 de cada mes, en el asunto del mail deben colocar: Nombre y apellido del beneficiario/ DNI/ delegación (en este caso GALENO) y periodo adjuntado, es un mail por periodo, no deben mezclarse las facturas de distintos meses en un mismo mail, también solicitamos que las facturas estén en el formato original sacado directamente de AFIP, no escaneadas ni en formato JPG, si no envían la planilla de asistencia de dicha terapia no se cargara la factura. Se debe enviar la facturación al siguiente mail: integracionoscoema@gmail.com

IMPORTANTE: NO SE RECEPCIONARÁN FACTURAS POSTERIORES A 60 DÍAS DE REALIZADA LA PRESTACIÓN.

DATOS PARA LA FACTURACIÓN

FACTURADA A: OBRA SOCIAL DE LA CONFEDERACIÓN DE OBREROS Y EMPLEADOS MUNICIPALES DE ARGENTINA (OSCOEMA) /DIRECCIÓN: MORENO 970 - PISO 2- OF, 15 / CUIT: 30-70797753-8

CABA CP: (1091) BARRIO: MONSERRAT / CONDICIÓN FRENTE AL IVA: EXENTO

Periodo facturado desde/hasta: Mes de la prestación.

Cuerpo de la factura:

- En Producto/Servicio de la factura se deben consignar

- Nombre, apellido (COMPLETOS), DNI.

- Fecha de la Prestación (o periodo).

- Tipo de Prestación (según fue autorizado).

- Modalidad de la Jornada: Cantidad de Sesiones, valor unitario

- Monto Individual de cada concepto y sumatoria total de las prestaciones. Si es de transporte consignar además:

- Cantidad de Viajes.

- Direcciones de partida y destino.

- Cantidad de Kilómetros del mes (redondear, sin comas).

- Indicar si es beneficiario fue autorizado con dependencia: SI/NO. En caso de tener dependencia SIEMPRE enviar la escala FIM junto con la factura y la planilla de asistencia.

- Se enviará Factura en formato original del AFIP (PDF) y Planilla de Asistencia diaria EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA firmada por el Prestador, la persona con Discapacidad o familiar Responsable / tutor (con aclaración de firma y parentesco).

- En caso de tener aprobada la zona desfavorable, especificar en el cuerpo de la factura.

A LA HORA DE ENVIAR LA FACTURACION TODAS LAS DELEGACIONES DEBERAN PRESENTAR EL PDF NOMBRADO DE LA SIGUIENTE MANERA:

- Cuit Prestador,

- seguido de un guión bajo "_",

- continuando con el Tipo de comprobante (Según tabla auxiliar anexo II)

- seguido de un guión bajo "_",

- continuando con el Punto de venta

- seguido de un guión bajo "_",

- luego con el Número de Comprobante

- seguido de ".pdf"

NOTA: los valores Tipo de comprobante, Punto de venta y Número de comprobante no deberán autocompletarse con ceros.

Ejemplo: 99999999999_99_99999_99999999.pdf

ES SUMAMENTE IMPORTANTE QUE SE RESPETE LA INFORMACIÓN QUE SE DEBE DE COLOCAR EN EL CUERPODE LA FACTURA, NO PUEDE FALTAR NINGÚN DATO, YA QUE EN UNA AUDITORIA DE TERRENO PUEDE DEVENIR EN UNA OBSERVACIÓN PARA LA OBRA SOCIAL, NO SE ACEPTARÁN FACTURAS MAL CONFECCIONADAS. RECORDAR QUE LAS FACTURAS DEBEN SER ENVIADAS CON FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL, LA PLANILLA DE ASISTENCIA FIRMADA Y SELLADA POR PROFESIONAL Y FIRMA DE PADRE/MADRE/ O TUTOR.

RECIBOS: Deberán ser emitidos por el prestador, dirigido a la Obra Social, conteniendo los siguientes datos:

* Fecha de recibo (día en que se recibió la transferencia bancaria)

* Número completo de la factura que cancela (Ej: 0001-00001234)

* Nombre de la prestación que se cancela.

+ Mes que se cancela.

+ En el caso de las instituciones aclarar si es con dependencia.

+ Total del recibo.

+ Firma y aclaración del prestador/ institución.

EL INCUMPLIMIENTO DEL MISMO OCASIONARA DEMORA EN PAGOS POSTERIORES.

ORIGINAL

C
COD. 011

FACTURA

Punto de Venta: 00003 **Comp. Nro:** 00000001
Fecha de Emisión: 22/03/2019

Razón Social: RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR
Domicilio Comercial:
Condición frente al IVA: RESPONSABLE O MONOTRIBUTO

CUIT: CUIT DEL PRESTADOR
Ingresos Brutos:
Fecha de Inicio de Actividades:

Período Facturado Desde: 22/03/2019 **Hasta:** 22/03/2019 **Fecha de Vto. para el pago:** 22/03/2019

CUIT:
Apellido y Nombre / Razón Social: Obra Social de la confederación de obreros y empleados municipales Argentina
Condición frente al IVA: EXENTO
Domicilio: Moreno 970 (2°piso-Off 15) CP:(1091)-CABA
Condición de venta:

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Honorarios profesionales por 4 sesiones de psicología. Modulo simple. Beneficiario: Manuel Eduardo Robles. DNI N°:559 Factura correspondiente al mes de junio del 2021	4,00	unidades	934,68	0,00	0,00	3738,72

Siempre EXENTO

Domicilio legal Oscoema

Ver descripción en la siguiente hoja " cuerpo de la factura datos importantes"

Subtotal: $
Importe Otros Tributos: $
Importe Total: $

AFIP *Comprobante Autorizado*

Pág. 1/1

CAE N°:
Fecha de Vto. de CAE:

Posterior a la fecha de facturación

DISCAPACIDAD - MECANISMO INTEGRACION

FACTURACION DE CONCEPTOS

- En el cuerpo de la factura se debe consignar:
  - Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
  - Fecha de prestación (o periodo)
  - Prestación, según conceptos del anexo IV del instructivo de la Res 406/16
  - Modalidad jornada (doble y simple), categoría, y en el caso de especialidades: cantidad de sesiones, valor unitario de las mismas .
  - Monto individual de cada concepto y sumatoria total de las prestaciones facturadas.

- En el caso de Transporte se debe detallar:
  - Direcciones de partida y destino.
  - Cantidad de viajes diario y mensual.
  - Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
  - Total de kilómetros del mes.
  - Indicar si es beneficiario con dependencia: SI/NO

MODELO DE PLANILLAS

República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono: _

Beneficiario:

DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Período: desde: hasta:

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestado

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: / / Razón

social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

Beneficiario: DNI:

Período: desde: hasta:

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio departida	Domicilio dedestino	Km porviaje	Importediario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km:

Monto mensual

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: …../……/……..

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (……) Nº ..... , doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es quena continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros yadecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación: _____

a. Prestador:_____

b. Periodo de Prestación: desde:_____Hasta_____

c. Prestación: _____

d. Prestador:_____

e. Periodo de Prestación: desde:_____Hasta_____

f. Prestación: _____

g. Prestador:_____

h. Periodo de Prestación: desde:_____Hasta_____

i. Prestación: _____

j. Prestador:_____

k. Periodo de Prestación: desde:_____Hasta_____

Firma: ……..

Aclaración: ……

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de……..……..

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/sprecedentemente.

Firma:……

Aclaración: ……

Documento: ……

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: …../……/……..

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI: Yo…….con

Documento Tipo (… .....) Nº.....,doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde……..hasta……..

Firma: ……

Aclaración: ……

Documento: ……

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº 19.279 y sus modificatoriasLa

información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de ……..

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: …….

Aclaración: …….

Documento: ……

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley Nº 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

O.S.C.O.E.M.A.

Obra Social de la Confederación de Obreros y Empleados Municipales Argentina