



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

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

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2023



**Según Resolución 1731/21
Superintendencia Servicios de Salud.**

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 auditoría.

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, matrícula 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 TERAPIAS NO pueden superar más de 2 especialidades con una concurrencia de 2 veces por semana. Cuando el socio solicite mayor número de terapias debido a la complejidad de su déficit se deberá re direccionar el tratamiento a un Centro de Rehabilitación categorizado que trabaje en forma interdisciplinaria.

Transporte: Siguiendo con los lineamientos, se cubrirá el transporte en aquellos casos donde se evalúe la necesidad de acuerdo con la funcionalidad de la persona con discapacidad. En los casos que la persona con discapacidad deba realizar más de 25Km diarios para realizar una prestación se recomienda re direccionar al centro categorizado más cercano a su domicilio.

Integración Escolar: la misma tiene por objetivo la adecuación de la currícula 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 evaluarán 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 auditoría, 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 nombrada para dar cobertura por el mecanismo 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.

CONTACTO

OSCOEMA TELEFONOS : 011-4342-7332 / 011- 4342-6908 / 0800-3333-057

DIRECCIÓN: Moreno 970 - **Piso :** 2 - **Oficina:** 15 **Barrio:** Monserrat **CP:** 1091

EMAIL INTEGRACIÓN: (Facturas / recibos) : integracionoscoema@gmail.com

EMAIL EXPEDIENTES (Documentación beneficiario/prestador) : expedientesoscoema@gmail.com



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 DICIEMBRE 2023 Diagnostico: FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022
--

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 brindada 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 numero 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 1731/2021).



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 medica:

RP/ Nombre y Apellido: DNI Solicito: EDUCACIÓN ESPECIAL, NIVEL EGB PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMBRE 2023 Diagnostico: FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022 Fecha: 30/12/2022

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 brindada 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.

o Objetivos a corto y mediano plazo

o Modalidad de abordaje.

o 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 1731/2021).



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- Prescripciónn médica.

RP/ Nombre y Apellido: DNI Solicito: FORMACIÓN LABORAL, TIPO DE JORNADA PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMBRE 2023 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, 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. 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.

o Objetivos a corto y mediano plazo

o Modalidad de abordaje

o 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, cuil 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 1731/2021)



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 encontrará 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 DICIEMBRE 2023

Diagnostico:

- 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 ,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.
- 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 brindada 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.
 - o Objetivos a corto y mediano plazo
 - o Modalidad de abordaje
 - o Adaptaciones curriculares
 - o 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 1731/2021)



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 evaluarán 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 DICIEMBRE 2023 Diagnostico: FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022 Fecha: 30/12/2022
--

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 ,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.

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 SE DEBE ENTREGAR CON LA SEXTA FACTURA + PLANILLA DE ASISTENCIA) de la prestación brindada 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.

o Objetivos a corto y mediano plazo

o Modalidad de abordaje

o Adaptaciones curriculares

o Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución

10. Título habilitante.

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 1731/2021)



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

<p>RP/ Nombre y Apellido: DNI Solicito: CENTRO DE DÍA, TIPO DE JORNADA</p> <p>PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2023</p> <p>Diagnostico: FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022</p> <p>Fecha: 30/12/ 2022</p>
--

- 2. Certificado 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, 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 brindada 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).
 - o Objetivos a corto y mediano plazo.
 - o Modalidad de abordaje.
 - o 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).
- 13 .Conformidad por las prestaciones** firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Resolución 1731/2021).



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.gov.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 DICIEMBRE 2023
Diagnostico:
FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022
Fecha: 30/12/2022

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 brindada 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.

o Objetivos a corto y mediano plazo.

o Modalidad de abordaje.

o 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 1731/2021).



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 encontrará las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

<https://apps.snr.gov.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 DICIEMBRE 2023
Diagnostico:
FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022
Fecha: 30/12/2022

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, 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 brindada 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.

o Objetivos a corto y mediano plazo

o Modalidad de abordaje

o 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 numero 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 1731/2021).



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 DICIEMBRE 2023
Diagnostico:
FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022
Fecha: 30/12/2022

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 ,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.

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 brindada 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.

o Objetivos a corto y mediano plazo

o Modalidad de abordaje

o 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 II (Resolución 1731/2021).

PROFESIONALES 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.sssa-lud.gov.ar/?cat=prestadores&page=prestadores>.



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 DICIEMBRE 2023 Diagnostico: FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022 Fecha: 30/12/2022

2. Certificado 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, 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 brindada. 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

o Modalidad de abordaje

o 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 1731/2021).



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 DICIEMBRE 2023 Diagnostico: FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022 Fecha: 30/12/2022
--

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 brindada a. Objetivos a corto y mediano plazo - Modalidad de abordaje.

5. 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).

o Objetivos a corto y mediano plazo

o Modalidad de abordaje

o Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente

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

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

8. Habilitación

9. Seguro de la institución.

10. Constancia de opción / inscripción en la Afip

11. Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/-tutor. Conforme ANEXO II (Resolución 1731/2021).



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 DICIEMBRE 2023 Diagnostico: FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022 Fecha: 30/12/2022
--

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 1731/2021).

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 PRESCRIPCIÓN 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. PRESCRIPCIÓN MÉDICA 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 a 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). De lo 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.

¿ QUE DEBO PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES DEL AÑO 2022 ?

La solicitud de prestaciones para las personas con discapacidad ante los Agentes del Seguro de Salud y/o Entidades de Medicina Prepaga, para el período del año 2022, deberá efectuarse conforme las pautas establecidas en el **ANEXO I (IF-2021-92409000-APN-SSS#MS)**, que se aprueba y forma parte integrante de la presente Resolución. Se adjuntará al final de este PDF, con el nombre “ ANEXO 1 ” , documento que contiene las pautas que se establecieron para la solicitud del año 2022, SE RECOMIENDA SU LECTURA COMPLETA.

Tambien dentro del ANEXO I , podrán encontrar la documentación respaldatoria requerida para la solicitud de las prestaciones mencionadas , **podrá ser presentada por medios digitales** al Agente del Seguro de Salud o a la Entidad de Medicina Prepaga, según corresponda.

Para el año 2022, se solicitará el ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022, planilla que se deberá imprimir, completar y adjuntar a cada terapia que se requiera solicitar para el año mencionado.

La conformidad de las prestaciones mencionadas ,deberá prestarse por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor, según corresponda.

Se adjuntará al final de este PDF, con el nombre ANEXO II CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN AÑO 2022 (*imprimir y completar*).



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Anexo

Número:

Referencia: ANEXO I

ANEXO I

Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2022.

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante.
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II.
- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación, 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.
- 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.
- Presupuesto prestacional.

En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo

y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Constancia de CUIT.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica por prestación:

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:

- Constancia de alumno regular.
- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar:

Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

Transporte:

- Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada

viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

- Habilidadación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

Los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga confeccione para la solicitud de prestaciones del año 2022.

El equipo interdisciplinario de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga en caso se considerarlo pertinente, podrán solicitar documentación respaldatoria adicional.

ANEXO II : PLANILLA DE CONFORMIDAD-IMPRIMIR Y COMPLETAR

(Se debe adjuntar 1 planilla por terapia en el expediente)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Anexo

Número:

Referencia: ANEXO II

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo
(.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación
se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las
alternativas disponibles .

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la 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 detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



FACTURACIÓN DEL PRESTADOR

La facturación deberá ser presentada del 1 al 5 de cada mes en las delegaciones correspondientes de manera digital a los correos electrónicos pertinentes, adjuntando planilla de asistencia firmada y sellada tanto por el profesional, como por el titular de la Obra Social.

(LA DDJ PARA EL AÑO 2022 NO SE IMPLEMENTARÁ MÁS).

En el asunto del mail debe colocar la siguiente información: Nombre y apellido del beneficiario / DNI / DELEGACIÓN / PERIODO.

Ejemplo: Juan Perez / DNI: 53.063.111 / Oscosalud/ Enero ya que a nivel operativo, la facturación se busca en nuestro mail con la información que figura en el asunto, si falta algún dato el mail puede perderse y es responsabilidad del prestador el envío correcto del mismo, como así también, respetar la fecha de entrega de la facturación, todas las facturas que sean enviadas fuera de término, pasarán a la carpeta siguiente de carga sin excepción.

Se tomará la facturación con no más de un mes de atraso, caso contrario la Obra Social no se responsabiliza por la falta de liquidación de las mismas, ya que con la implementación del MECANISMO DE INTEGRACIÓN la entrega fuera de término de las facturas, significa que no se pueda cargar el módulo completo del afiliado (todas las facturas de los diferentes prestadores del mismo beneficiario) a la Superintendencia de Servicios de Salud.

La factura debe ser emitida a nombre de la Obra Social, con número de CUIT y domicilio, firmada y sellada en original.

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: EXENT

EL INCUMPLIMIENTO DEL MISMO OCASIONARA DEMORA EN PAGOS POSTERIORES.

FACTURAS: La facturación de todas las prestaciones se presenta a mes vencido (fin del mes trabajado). El cuerpo de la factura deberá ser de la siguiente manera:

- Especificar tipo de prestación brindada (no tipo de abordaje) Ej: Psicología, Fonoaudiología, etc.
- Cantidad de sesiones por semana, tipo de jornada, módulo simple o doble (según corresponda).
- Categoría en caso de las instituciones.
- Importe unitario, del módulo o jornada
- Periodo de prestación
- Beneficiario al que corresponde la prestación (nombre y apellido completo y DNI) fundamental este dato para la carga en integración
- En el caso que corresponda dependencia, indicar el porcentaje.
- Valor total mensual.

ES SUMAMENTE IMPORTANTE QUE SE RESPETE LA INFORMACIÓN QUE SE DEBE DE COLOCAR EN EL CUERPO DE 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.

-El pago se realizará por transferencia bancaria-

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.



EJEMPLO DE CONFECCIÓN DE FACTURA

ORIGINAL							
C COD. 011				FACTURA			
				Punto de Venta: 00003 Comp. Nro: 00000001 Fecha de Emisión: 22/03/2019			
Razón Social: RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR				CUIT: CUIT DEL PRESTADOR			
Domicilio Comercial:				Ingresos Brutos:			
Condición frente al IVA: RESPONSABLE O MONOTRIBUTO				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: Av. Mitre 1601-Avellaneda (1870), Buenos Aires.					
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°:5594. 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: \$
		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**

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) PLANILLA PARA IMPRIMIR

El FIM es un indicador de discapacidad, la cual se mide en términos de la intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado. Incluye 18 actividades de la vida diaria que son medidas en una escala de 7 niveles.



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

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) CON DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO		N°S.S. OSFATLYF		
DIAGNÓSTICO				
TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL				
Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:				
Grado de dependencia	Puntaje / Nivel de funcionalidad			
Sin Ayuda	7 - Independencia total			
	6 - Independencia con adaptaciones			
Dependencia modificada	5 - Supervisión sin asistencia al paciente			
	4 - Asistencia mínima, el paciente aporta el 75% o más			
	3 - Asistencia moderada, el paciente aporta el 50% o más			
Dependencia completa	2 - Asistencia máxima, el paciente aporta el 25% o más			
	1 - Asistencia total, el paciente aporta el 25% o menos			
CATEGORIA		PUNTAJE	DOMINIO	
AUTOCUIDADO				
1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.			Motor 91 puntos	
2. ARREGLO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?				
3. BAÑO: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique. Si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.				
4. VESTIDO HEMICUERPO SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.				
5. VESTIDO HEMICUERPO INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.				
6. ASEO PERINEAL: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.				
CONTROL DE ESFÍNTERES				
7. CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes, frecuencia.				
8. CONTROL DE INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.				

MOVILIDAD		
9. TRASLADO DE LA CAMA A SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.		
10. TRASLADO EN BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.		
11. TRASLADO EN BAÑERA O DUCHA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.		
AMBULACIÓN		
12. CAMINAR / DESPLAZARSE EN SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está de pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.		
13. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.		
COMUNICACIÓN		
14. COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. Escritura, gestos, signos, etc.		
15. EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.		
CONOCIMIENTO SOCIAL		
16. INTERACCIÓN SOCIAL: Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.		Cognitivo 35puntos
17. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Implica resolver problemas cotidianos.		
18. MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.		
TOTAL		/126
JUSTIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA		
____ / ____ / ____ Fecha	_____ Firma y Sello del Médico Tratante	

TRANSPORTE- DIAGRAMA DE TRASLADOS - PLANILLA PARA IMPRIMIR

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE DIAGRAMA DE TRASLADOS - CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio:

Localidad/ Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	Km/VIAJE	IMP. (\$) Km	IMP. (\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	--------------	------------------

Dependencia (S/N):

Monto Mensual (\$)

Período Traslados

Desde:

Hasta:

CRONOGRAMA DE TRASLADOS:

(marcar con una cruz los días de traslado)

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:

Firma Responsable del Transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Esquema de Transporte descrito precedentemente al

Beneficiario

DNI:

Nº de Beneficiario

Firma del Beneficiario o Representante

Aclaración:

DNI del Firmante:

Lugar y Fecha del Consentimiento:

ESPECIALIDADES PLAN DE TRATAMIENTO - PLANILLA PARA IMPRIMIR

DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad/ Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión \$	Monto Mensual \$
---	-------------------	-----------------	------------------

Período Ciclo Lectivo

Desde:

Hasta:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario

DNI:

Nº de Beneficiario

Firma del Beneficiario o Representante

Aclaración:

DNI del Firmante:

Lugar y Fecha del Consentimiento:

**PLANILLA DATOS PERSONALES TITULAR - PLANILLA PARA IMPRIMIR
SE DEBE ENTREGAR DE MANERA OBLIGATORIA JUNTO CON EL EXPEDIENTE.**

FICHA PERSONAL

Para mantener un contacto fluido les pedimos datos y horarios actualizados.

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Adjuntar fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente.

MADRE / RESPONSABLE A CARGO

Apellido y Nombre: _____

Teléfono / Celular: _____

E-mail: _____

Ocupación / Lugar de Trabajo: _____

Horario: _____

PADRE / RESPONSABLE A CARGO

Apellido y Nombre: _____

Teléfono / Celular: _____

E-mail: _____

Ocupación / Lugar de Trabajo: _____

Horario: _____

INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO - PLANILLA PARA IMPRIMIR

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad/ Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de Jornada (Simple o Doble)

Dependencia (S/N):

Matrícula (\$):

Monto Mensual (\$):

Categoría:

Período Ciclo Lectivo

Desde:

Hasta:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario

DNI:

Nº de Beneficiario

Firma del Beneficiario o Representante

Aclaración:

DNI del Firmante:

Lugar y Fecha del Consentimiento: