

## **INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD**

**IMPORTANTE: SE RECUERDA QUE EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN. POR TAL MOTIVO, NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.**

**NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.**

PARA SOLICITAR PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD SERÁ REQUISITO QUE, TANTO EL TITULAR COMO LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, SE ENCUENTREN ACTIVOS EN EL PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE LA OBRA SOCIAL Y SIN DEUDA DE APORTES.

A EXCEPCIÓN DE LAS MODALIDADES EDUCATIVAS Y DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MAESTRO DE APOYO, LA SOLICITUD DE LAS PRESTACIONES NO DEBERÁ ESTAR SUJETA AL AÑO CALENDARIO Y EL PERIODO A PRESCRIPTO PODRÁ SER IGUAL O MENOR A UN AÑO.

### **CONSIDERACIONES GENERALES**

- LOS FORMULARIOS DEBEN PRESENTARSE EN EL FORMATO DE LA OBRA SOCIAL
- LA FECHA DE EMISIÓN DE TODOS LOS FORMULARIOS DEBE SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.
- LAS FIRMAS EN LOS FORMULARIOS DEBEN SER OLÓGRAFAS, PUDIENDO PRESENTAR LOS MISMOS A TRAVÉS DE MEDIOS DIGITALES.
- LA DOCUMENTACIÓN DEBE PRESENTARSE SIN ENMIENDAS, TACHADURAS, CORRECCIONES, CAMBIOS DE TINTA O CALIGRAFÍA.
- ANTE LA NECESIDAD DE UN CAMBIO DE PRESTADOR DEBERÁ PRESENTAR NUEVAMENTE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PRESTACIÓN, JUNTO CON LA NOTA MODELO PARA EL CAMBIO (**FORMULARIO 11**). EN CASO DE MANTENER MODALIDAD Y FRECUENCIA NO SERÁ NECESARIA LA PRESENTACIÓN DE LA ORDEN MÉDICA Y EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

## DOCUMENTACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTACIÓN AFILIATORIA</b>
1. FOTOCOPIA DEL DNI (TITULAR Y CAUSANTE)
2. CONSTANCIA DE CUIL (TITULAR Y CAUSANTE)
3. CONSTANCIA DE CODEM DE ANSES – Debe figurar todo el grupo familiar
4. COMPROBANTE DE CONSULTA DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
5. BENEFICIARIOS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA: Deben presentar fotocopia de recibo de sueldo (antigüedad no mayor a 60 días a la fecha de inicio de la prestación).  BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS: Deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

<b>DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO</b>
1. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE
2. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR – Debe indicar número de CUE
3. CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES – Firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor ( <b>FORMULARIO 5</b> )
4. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - Debe constar la fecha, firma y sello del médico tratante; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente. <b>FORMULARIO 1)</b>
5. FORMULARIO FIM, en caso de requerir dependencia. Se podrá contemplar para mayores de 6 años. ( <b>FORMULARIO 12</b> ) Para CET, centro de día y hogares debe estar firmado por un terapeuta ocupacional. Para transporte debe estar firmado por terapeuta ocupacional y/o médico tratante.

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR TIPO DE PRESTACIÓN

<b>SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRO DE APOYO</b>
1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA – Debe indicar el periodo prescripto, la modalidad requerida y el tipo de jornada (simple o doble) <b>(FORMULARIO 3)</b>
2. PRESUPUESTO <b>(FORMULARIO 8)</b>
3. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL - con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
4. INFORME EVOLUTIVO POR ESPECIALIDAD - En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
5. SOLO NUEVAS PRESTACIONES - INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
6. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL, firmado por el prestador.
7. ACTA ACUERDO – Firmada por el prestador, los directivos de la escuela y la familia. <b>(FORMULARIO 10)</b>
8. SOLO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR: 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 – Solo se aceptarán instituciones que se encuentren categorizadas para la modalidad solicitada
9. SOLO MAESTRO DE APOYO: TÍTULO HABILITANTE Y CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS
10. CONSTANCIA DE AFIP
11. CONSTANCIA DE CBU
12. INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder
<p><b>Las figuras de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR y MAESTRO DE APOYO se excluyen entre sí, por lo que deberá solicitar uno de los dos módulos. El módulo de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR se reconocerá únicamente con equipos categorizados.</b></p> <p><b>El módulo de MAESTRO DE APOYO se reconocerá únicamente con prestadores individuales que posean títulos de: Psicopedagogo / Docente especial / Lic. en Ciencias de la Educación / Lic. en Psicología.</b></p>

<b>ESCOLARIDAD ESPECIAL - PRESTACIONES TERAPÉUTICO-EDUCATIVAS – PRESTACIONES ASISTENCIALES</b> <b>(Escolaridad especial, en todas sus modalidades – CET – CENTRO DE DÍA - HOGARES)</b>
1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA – Debe indicar el periodo prescripto, la modalidad requerida y el tipo de jornada (simple o doble) <b>(FORMULARIO 3)</b>
2. PRESUPUESTO <b>(FORMULARIO 8)</b>
3. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL – Debe indicar período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
4. INFORME EVOLUTIVO - En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
5. SOLO NUEVAS PRESTACIONES - INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
6. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN BRINDADA, firmado por el prestador.
7. SOLO MODALIDADES DE HOGAR: INFORME SOCIAL, QUE AVALE SU NECESIDAD, EMITIDO Y FIRMADO POR LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL.
8. 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 – Solo se aceptarán instituciones que se encuentren categorizadas para la modalidad solicitada
9. CONSTANCIA DE AFIP
10. CONSTANCIA DE CBU
11. INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder
<b>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. SOLO SE RECONOCERÁ LA DEPENDENCIA SI ESTÁ INDICADA EN ORDEN MÉDICA Y PRESUPUESTO.</b>

<b>TRANSPORTE</b>
1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA - Deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público. <b>(FORMULARIO 4)</b>
2. 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 <b>(FORMULARIO 9)</b>
3. CONFORMIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE TRANSPORTE <b>(FORMULARIO 6)</b>
4. HABILITACIÓN, PÓLIZA DE SEGURO, VERIFICACIÓN TÉCNICA VEHICULAR, LICENCIA DE CONDUCIR.
5. CONSTANCIA DE AFIP, NSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder
6. CONSTANCIA DE CBU
<b>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.</b>

<b>TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN – PRESTADORES INDIVIDUALES (Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, etc.)</b>
1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA - Debe indicar el periodo prescripto, la especialidad y cantidad de sesiones. <b>(FORMULARIO 2)</b>
2. PRESUPUESTO <b>(FORMULARIO 7)</b>
3. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL – Debe indicar período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
4. INFORME EVOLUTIVO - En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
5. SOLO NUEVAS PRESTACIONES - INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
6. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN BRINDADA, firmado por el prestador.
7. TÍTULO HABILITANTE
8. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
9. CONSTANCIA DE AFIP
10. CONSTANCIA DE CBU
11. INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder

<b>TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN – INSTITUCIONES (Módulo integral simple o intensivo, Estimulación temprana)</b>
1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA - Debe indicar el periodo prescripto, las especialidades requeridas y su frecuencia. La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones. <b>(FORMULARIO 2)</b>
2. PRESUPUESTO <b>(FORMULARIO 7)</b>
3. PLAN DE ABORDAJE POR ESPECIALIDAD – Debe indicar período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
4. INFORME EVOLUTIVO POR ESPECIALIDAD - En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
5. SOLO NUEVAS PRESTACIONES - INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
6. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL, firmado por el prestador.
7. 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 – Solo se aceptarán instituciones que se encuentren categorizadas para la modalidad solicitada
8. CONSTANCIA DE AFIP
9. CONSTANCIA DE CBU
10. INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder