

GUÍA DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

MATERIAL PARA AFILIADOS/BENEFICIARIOS Y PRESTADORES

2018



Ahora **SMATA** tiene su aplicación para smartphone y tablets

Bajala desde **Play Store** o con el código QR Es gratuito



- Informate de todo lo que la organización realiza.
- Acceso directo a la **Cartilla Médica**.
- Ubicación** en google maps de los Centros Recreativos.
- Acceso a la **web** con todas las novedades.
- Acceso a los **videos** de la organización.

Próximamente Apple Store 



Secretaría de Prensa y Difusión



INSTRUCTIVO SUBSIDIO POR DISCAPACIDAD 2018

Secretaría de Acción Social
Equipo de Discapacidad

Atención al Afiliado / Beneficiario / Prestador

SMATA Central: 4340-7412 de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs
Av. Belgrano 665 6º piso Contrafrente, CABA

Sanatorio San Cayetano: 4630-6500
Av. Directorio 4743, CABA

Módulos asistenciales:

http://www.smata.com.ar/secretarias/Accion_Social/

Seccionales / Delegaciones:

<http://www.smata.com.ar/secretarias/Interior/seccionales.html>

**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

ATENCIÓN PERSONALIZADA
Roque Saenz Peña 530
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Horario de atención:
Lunes a viernes de 10.00 a 16.00
ATENCIÓN TELEFÓNICA
0800 222 SALUD (72583)



LINEAMIENTOS GENERALES

- El presente instructivo tiene como objetivo enunciar los requisitos necesarios para acceder al subsidio correspondiente a las prestaciones básicas por discapacidad, de acuerdo a lo establecido al nomenclador vigente. El mismo comprende a los beneficiarios mayores de un año de edad hasta los sesenta años inclusive.
- En aquellos casos en los cuales conforme Certificado Único de Discapacidad (CUD Art. 3 Ley 22.431) se requiera tratamiento psiquiátrico, dicha solicitud debe ser iniciada a través de nuestra auditoría médica. Para más información, comunicarse al siguiente teléfono: 011-4340-7488.
- La presentación del trámite culmina cada 31 de Diciembre del año en curso, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para la renovación del año entrante, con 60 días de anticipación.
- Todas las prestaciones se autorizarán desde OSMATA central, una vez que se haya presentado toda la documentación, y a posterior de la evaluación del equipo de Discapacidad de la Obra Social.
- Para iniciar cualquier tratamiento, el prestador deberá aguardar la autorización del presupuesto emitido y sellado por OSMATA central. Solicitar el presupuesto sellado por el área correspondiente antes del comienzo del tratamiento.
- Es requisito para la tramitación y curso del presente subsidio la presentación en forma completa y correcta de la documentación requerida conforme al presente instructivo. En algunos casos, si fuera necesario, el área de Discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.
- No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello.



- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del Área de Discapacidad.
- **La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad.** Toda modificación en los valores del nomenclador de aranceles vigente se realizará en forma automática, sin necesidad de iniciar nuevo trámite.
- Para CABA, AMBA y aledaños: solicitar turno para evaluación médica en Sanatorio San Cayetano, ubicado en Av. Directorio 4743 CABA, previo al comienzo de la prestación. Teléfono: (011) 4630-6500 interno 147. Es requisito indispensable que concurra la persona con discapacidad junto con los informes del equipo profesional interviniente del año en curso.

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSMATA se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Beneficiarios (Constancia de afiliación)

- **DIRECTOS:** Deben presentar fotocopia de recibo de sueldo (antigüedad no mayor a 60 días a la fecha de inicio de la prestación)
- **MONOTRIBUTISTAS:** Deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos tres meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.
- **JUBILADOS:** Deben presentar Recibo de haberes actualizado.
- **DEL FONDO DE DESEMPLEO:** Deben presentar fotocopia del último recibo de haber en relación de dependencia y el último comprobante de cobro.
- **En caso de percibir PENSION NO CONTRIBUTIVA o tener otra cobertura de salud, solicitar y enviar nota de la Obra Social que dicha pensión le brinda, donde se notifique que no recibe ningún tipo de prestación por esa cobertura**



social. Para solicitar el COMPROBANTE DE NO AFILIACION (Pensión no contributiva), comunicarse al siguiente teléfono: 0800-333-7763 Opción 1.

DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO

1. **CONSTANCIA DEL PADRON DE BENEFICIARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**, en donde figure OSMATA como Única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la página de la Superintendencia de Servicios de Salud en la opción "Consulta de obra social", o ingresando al siguiente link: <http://www.sssalud.gov.ar/?page=bus650>
2. **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD:** Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad **vigente**. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 Ley 22.431). Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. Sólo se tendrá como acreditada la discapacidad del afiliado con la presentación del CUD conforme a lo previsto en el punto anterior. (Art. 3 Ley 22.431). En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo.
3. **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR:** Deberá presentarse una constancia de alumno regular del año en curso y una constancia de finalización del ciclo lectivo. En los casos en que el beneficiario no se encuentre escolarizado deberá justificar dicha situación mediante informe del equipo tratante que detalle los motivos por los cuales es de difícil o imposible su concurrencia a instituciones educativas.
4. **CRONOGRAMA DE HORARIOS:** Se deberá presentar un cronograma donde pueda visualizarse la carga horaria de las prestaciones solicitadas y la asistencia a instituciones educativas/recreativas/laborales para el año correspondiente. **Ver ANEXO**
5. **CODEM:** Constancia de CODEM emitida desde la página de ANSES donde conste la actual afiliación: <http://servicioswww.anses.gob.ar/ooss2/>
6. **CERTIFICACION NEGATIVA:** Constancia de certificación negativa emitida desde la página de ANSES: <http://servicioswww.anses.gob.ar/censite/>



DOCUMENTACIÓN MÉDICA

1. PLANILLAS DE CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO: Se deberá utilizar exclusivamente las planillas que se encuentre en el presente instructivo, en el ANEXO.

- a) **PLANILLA DE CONFORMIDAD OBLIGATORIA PARA EL ACCESO A PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD:** Debe contener los datos completos del afiliado, con número de teléfono de contacto (celular y teléfono de línea) y correo electrónico. Para los afiliados menores de 18 años, la misma requiere de la firma de padre/madre o tutor. Los afiliados con discapacidad mayores de 18 años, deberán firmar la planilla solicitando los tratamientos. En caso de que su capacidad se encontrara judicialmente restringida, es requisito excluyente que la planilla esté firmada por los apoyos designados por oficio judicial. Presentar copia del mismo. En todos los casos, la planilla se deberá acompañar con la firma del médico tratante. Consignar todas las prestaciones a brindar y el periodo de cobertura de las mismas.
- b) **PLANILLA DE CONFORMIDAD:** En caso de corresponder, firmada por escuela especial, centro educativo terapéutico, centro de día u hogar. Para los afiliados menores de 18 años, la misma requiere de la firma de padre/madre o tutor. Los afiliados con discapacidad mayores de 18 años, deberán firmar la planilla solicitando los tratamientos. En caso de que su capacidad se encontrara judicialmente restringida, es requisito excluyente que la planilla esté firmada por los apoyos designados por oficio judicial.
- c) **PLANILLA DE CONFORMIDAD:** En caso de corresponder, firmada por institución o profesional/es tratantes. Se requiere uno, de tratarse de instituciones categorizadas e inscriptas en Superintendencia de Servicios de Salud o Servicio Nacional de Rehabilitación, o uno por cada profesional. Para los afiliados menores de 18 años, la misma requiere de la firma de padre/madre o tutor. Los afiliados con discapacidad mayores de 18 años, deberán firmar la planilla solicitando los tratamientos. En caso de que su capacidad se encontrara judicialmente restringida, es requisito excluyente que la planilla esté firmada por los apoyos designados por oficio judicial.



d) PLANILLA DE CONFORMIDAD: En caso de corresponder, firmada por transportista. Para los afiliados menores de 18 años, la misma requiere de la firma de padre/madre o tutor. Los afiliados con discapacidad mayores de 18 años, deberán firmar la planilla solicitando los tratamientos. En caso de que su capacidad se encontrara judicialmente restringida, es requisito excluyente que la planilla esté firmada por los apoyos designados por oficio judicial.

a) ORDENES MÉDICAS:

Se aceptarán sólo aquellas que sean originales.

La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico perteneciente a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Deben estar firmadas por el médico tratante que firmó la Planilla de conformidad de tratamiento.

Se debe confeccionar una orden por cada prestación. Cada orden debe contener:

A- NOMBRE Y APELLIDO

B- DNI CORRECTO

C- DIAGNÓSTICO: El mismo debe coincidir con el que figura en el Certificado Único de Discapacidad.

D- PRESTACIÓN SOLICITADA: Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo a los siguientes lineamientos:

PRESTACIONES AMBULATORIAS: Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando la especialidad y frecuencia semanal. En el caso de requerir más de una prestación de apoyo, la misma deberá confeccionarse como “Modulo Integral Simple/Intensivo”, según corresponda, aclarando especialidad y frecuencia semanal.

PRESTACIONES INSTITUCIONALES: En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble).

PRESTACIONES EDUCATIVAS:

Educación Especial indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral, además del tipo de jornada (simple o doble).

Centro Educativo Terapéutico: Detallar el tipo de Jornada (simple o doble)



TRANSPORTE: De corresponder, el pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros, aclarando domicilio de partida y de destino.

DEPENDENCIA: En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, y fundamentado en la prescripción. Incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional - FIM. (Art. 13 Ley 24.901). **Ver ANEXO.**

E- PERIODO DE LA PRESTACION: Debe indicar el período en el cual se brindará la prestación (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2018 o Enero a Diciembre 2018).

F- FIRMA Y SELLO: Del médico tratante, con tipo y número de matrícula legible.

G- FECHA: La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/01/18, la fecha debe ser 29/12/17 o anterior).

PARA EJEMPLOS, VER ANEXO

b) RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

Serán válidas sólo aquellas Historias Clínicas originales. Deberá contener los datos del afiliado, diagnóstico (según Certificado Único de Discapacidad), antecedentes, estado actual y plan terapéutico, según figura en **ANEXO.**

En Antecedentes, incluir las intervenciones terapéuticas y/o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.

El Estado actual debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones asociadas a la discapacidad y al plan terapéutico.

En Plan terapéutico, indicar las prestaciones requeridas acompañado de la firma y el sello del médico tratante.

La fecha de confección de la Historia Clínica deberá coincidir con la fecha que figura en las órdenes y en la Planilla de conformidad de tratamiento.

**Nota: No se recibirá documentación
que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con
nueva firma y sello.**



DOCUMENTACIÓN DE PRESTACIONES

Presupuestos:

VER EN ANEXOS MODELOS DE PRESUPUESTOS.

Información del afiliado:

Debe contener los siguientes datos:

- Nombre y apellido del afiliado
- DNI
- Prestación
- Frecuencia: Cantidad de sesiones semanales/mensuales
- Horarios, días y domicilio de atención
- Modalidad: Jornada simple/doble, si aplicase.
- Período
- Fecha: Previa a la prestación
- Valor por sesión (si corresponde) / Valor del módulo
- Valor mensual
- Aclarar si es con dependencia

Información del prestador:

Debe contener los siguientes datos del prestador:

- Razón Social
- Domicilio de atención
- Teléfono de contacto y dirección de correo electrónico
- Condición frente al IVA
- Número de CUIT
- Firma y sello de la persona responsable de la institución prestadora y/o de los profesionales tratantes.
- Aclarar CBU, Banco Emisor y tipo de cuenta

Planes de Tratamiento:

VER EN ANEXO MODELO DE PLAN DE TRATAMIENTO.

Debe contener los siguientes datos:

- Nombre y apellido del afiliado
- DNI



- Prestación
- Período
- Informe del estado actual del afiliado con discapacidad.
- Objetivos a lograr con el afiliado con discapacidad: No confundir informe con plan de trabajo.
- Firma y sello del profesional

En caso de continuidad de la prestación, se deberá adjuntar un informe de evaluación final realizado por el profesional tratante.

Presupuesto de Traslado:

Adjuntar Habilitación municipal y/o provincial vigente para el periodo solicitado, seguro, licencia de conducir y hoja de ruta impresa de acuerdo con "Google Maps" en la siguiente página: www.maps.google.com.ar.

Debe contener los siguientes datos:

- Nombre y apellido del afiliado
- DNI
- Domicilio de partida: Especificar calle, numeración y localidad. El domicilio del afiliado debe coincidir con el consignado en la Planilla de conformidad
- Domicilio de destino: Especificar calle, numeración y localidad. Aclarar el tipo de prestación a la cual se traslada. El domicilio de destino debe coincidir con el consignado en el presupuesto de la prestación.
- Cantidad de km. Recorridos diarios
- Cantidad de km. Recorridos mensuales
- Frecuencia: Cantidad de viajes diarios y mensuales a cada destino. Días y horarios.
- Valor por Km: Aclarar si es con dependencia
- Monto por viaje:
- Monto mensual aproximado:
- Periodo:
- Fecha: Previa a la prestación
- Firma y aclaración del transportista
- Nombre de la empresa o del transportista.
- Domicilio
- Teléfono de contacto y dirección de correo electrónico
- Número de CUIT.



- Número de Ingresos Brutos.
- Condición frente al IVA.
- Aclarar CBU, Banco Emisor y tipo de cuenta

Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a Escuela común o a actividades extraprogramáticas, deberá adjuntar constancia de alumno regular o de asistencia a actividades extraprogramáticas emitida por la institución a los fines de acreditar dicha concurrencia.

Nota: La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por parte de la obra social, sino un compromiso de contraprestación por la realización de todos los viajes pautados, la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.

PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD

Prestaciones de Apoyo

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.** El máximo de horas de prestación de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. **Cuando se requiera mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.**

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Título y/o Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (kinesiólogos, fonoaudiólogos y psicólogos).



- En caso de tratarse de una única prestación de apoyo y, siempre y cuando, el afiliado concurra a institución educativa, presentar constancia de alumno regular. Si se presentase una constancia de reserva de vacante o matriculación, una vez comenzado el ciclo lectivo presentar constancia de alumno regular.

- Las prestaciones de apoyo comprende las siguientes terapias: Kinesiología - Terapia Ocupacional - Psicología - Fonoaudiología - Psicopedagogía - Psicomotricidad - Estimulación cognitiva - Estimulación intelectual - Estimulación visual - Estimulación auditiva - Estimulación del lenguaje.

- Estimulación cognitiva - Estimulación intelectual - Estimulación visual - Estimulación auditiva - Estimulación del lenguaje: Estas prestaciones son brindadas por profesores de educación especial con orientación en discapacidad visual, auditiva y/o cognitiva. Debe coincidir la discapacidad del afiliado con la prestación solicitada y la orientación del título del profesional.

Módulo de Tratamiento Integral INTENSIVO

Comprende la atención de semana completa (5 días, de lunes a viernes) con más de una especialidad. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales. **VER ANEXO**

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Copia completa de la Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación.

Módulo de Tratamiento Integral SIMPLE

Cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) con más de una especialidad. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales. **VER ANEXO**

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.



- Copia completa de la Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación.

Módulo de Estimulación Temprana

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 con alguna discapacidad 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.

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Copia completa de la Disposición vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación.

Educación Inicial

Proceso educativo 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.

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Informe Social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Ingresar en “Consulta de Pública de Prestadores de Servicios” en la página web del Servicio Nacional de Rehabilitación (www.snr.gov.ar) para visualizar las instituciones categorizadas en todo el país.
- Constancia de alumno regular



Educación General Básica

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

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Informe Social.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Ingresar en “*Consulta de Publica de Prestadores de Servicios*” en la página web del Servicio Nacional de Rehabilitación (www.snr.gob.ar) para visualizar las instituciones categorizadas en todo el país.
- Constancia de alumno regular.

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. Es de carácter educativo y sistemático y 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 4 años de duración. En las situaciones que requieran continuar con la prestación habiendo transcurrido los 4 años previstos o habiendo cumplido el afiliado más de 24 años, la institución educativa deberá enviar informe detallando los motivos por los cuales se sugiere continuar con dicha modalidad, en beneficio de la persona con discapacidad.

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Informe Social.



- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Ingresar en “*Consulta de Publica de Prestadores de Servicios*” en la página web del Servicio Nacional de Rehabilitación (www.snr.gov.ar) para visualizar las instituciones categorizadas en todo el país.

- Constancia de alumno regular.
- Certificado de pasantías realizadas el año anterior.

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin, Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente). **VER ANEXO**

El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Integración.
- Informe Social.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Ingresar en “*Consulta de Publica de Prestadores de Servicios*” en la página web del Servicio Nacional de Rehabilitación (www.snr.gov.ar) para visualizar las instituciones categorizadas en todo el país.

- Constancia de alumno regular de escuela común.
- Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; Institución que brinda la Integración Escolar.



Módulo Maestra de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, **EXCLUSIVAMENTE por Psicopedagogos y/ó Docentes Especiales, con Títulos habilitantes**. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente). **VER ANEXO**.

El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará como valor hora. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Integración.
- Título habilitante y certificado analítico de materias.
- Constancia de alumno regular de escuela común.
- Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; maestro/a de apoyo.

Centro Educativo Terapéutico

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. **Esta dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático** y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad.

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Informe Social.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación, donde



figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Ingresar en “*Consulta de Publica de Prestadores de Servicios*” en la página web del Servicio Nacional de Rehabilitación (www.snr.gov.ar) para visualizar las instituciones categorizadas en todo el país.

- Constancia de alumno regular.

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.

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Informe Social.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Ingresar en “*Consulta de Publica de Prestadores de Servicios*” en la página web del

Servicio Nacional de Rehabilitación (www.snr.gov.ar) para visualizar las instituciones categorizadas en todo el país.

- Constancia de asistencia.

Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, permanente o de lunes a viernes

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 descritos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección. Será necesario que la Institución presente un informe socio-ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar. Se deberá presentar Constancia de Inscripción



vigente con el texto completo y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación

Documentación requerida:

- Presupuesto.
- Informe del estado actual y plan de Tratamiento.
- Informe social.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el

Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Ingresar en “*Consulta de Publica de Prestadores de Servicios*” en la página web del Servicio Nacional de Rehabilitación (www.snr.gob.ar) para visualizar las instituciones categorizadas en todo el país.





PLANILLA DE CONFORMIDAD (SUBSIDIO POR DISCAPACIDAD)

En.....a los.....del mes de.....
de..... por un lado la Obra Social del Sindicato de Mecánicos y Afines al
Transporte Automotor (OSMATA) y por el otro el/la afiliado/a:.....

DNI N°.....nacido el.....de Nacionalidad.....
Estado Civil.....con domicilio real ubicado en la calle.....

.....Número.....

Localidad.....Provincia.....

Tel particular.....Teléfono Celular:.....

Correo Electrónico.....acompañado por.....

.....en carácter de.....,

cumplimos en notificar al AFILIADO respecto del plan de tratamiento determinado
por el equipo de discapacidad través de medios y tecnologías adecuadas para su
comprensión a efectuarse en

Período.....

El/la afiliada/o presta consentimiento para la realización del mismo, todo ello de
conformidad con lo dispuesto en el art 31 inc. d del Código Civil y Comercial: d) la
persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías
adecuadas para su comprensión.

En prueba de conformidad, el mismo será suscripto por las personas mencionadas
en el encabezado del presente con la presencia del/la médico/a tratante del
Departamento de Discapacidad de OSMATA para dar fe del mismo.

Afiliado:

DNI:.....Firma:.....Aclaración:.....

Familiar a cargo:

DNI:.....Firma:.....Aclaración:.....

Firma y sello del/la médico/a tratante.....

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS	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: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Periodo Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS 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: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: _____
DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

**DISCAPACIDAD - TRANSPORTE
DIAGRAMA DE TRASLADOS
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

TRASLADOS

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

Dependencia (S/N): _____

Monto mensual (\$) _____

Periodo traslados, Desde: _____

Hasta: _____

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DIAS	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: _____

Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p>Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>	<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p>Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>
<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Módulo Apoyo a la Integración escolar</p> <p>Periodo: Marzo a Diciembre 2018 (Firma y sello Fecha: 02/02/2018 médico tratante)</p>	<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Módulo Maestro de Apoyo</p> <p>Periodo: Marzo a Diciembre 2018 (Firma y sello Fecha: 02/02/2018 médico tratante)</p>
<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p>Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>	<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p>Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>
<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Centro Educativo Terapéutico Jornada simple, con dependencia</p> <p>Periodo: Enero a Diciembre 2018 (Firma y sello Fecha: 10/12/2017 médico tratante)</p>	<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Módulo Estimulación Temprana en: Fonoaudiología 2 sesiones semanales y Kinesiología 1 sesión semanal</p> <p>Periodo: Febrero a Diciembre 2018 (Firma y sello Fecha: 10/11/2017 médico tratante)</p>

<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p style="text-align: center;">Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>	<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p style="text-align: center;">Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>
<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Psicopedagogía 2 sesiones semanales</p> <p>Periodo: Febrero a Diciembre 2018</p> <p style="text-align: right;">(Firma y sello</p> <p>Fecha: 10/01/2018 médico tratante)</p>	<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Módulo Integral Intensivo en: Fonoaudiología 2 sesiones semanales, Psicología 2 sesiones semanales, Terapia ocupacional 2 sesiones semanales</p> <p>Periodo: Febrero a Diciembre 2018</p> <p style="text-align: right;">(Firma y sello</p> <p>Fecha:10/01/2018 médico tratante)</p>
<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p style="text-align: center;">Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>	<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p style="text-align: center;">Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>
<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Dada la patología de base (motora), solicito traslado de domicilio a institución educativa, ida y vuelta</p> <p>Periodo: Marzo a Diciembre 2018</p> <p style="text-align: right;">(Firma y sello</p> <p>Fecha: 04/01/2018 médico tratante)</p>	<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Escuela Especial nivel primario Jornada simple</p> <p>Periodo: Febrero a Diciembre 2018</p> <p style="text-align: right;">(Firma y sello</p> <p>Fecha: 28/11/2017 médico tratante)</p>

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Paciente: _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de salud: _____

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc.: _____

Evolución del último año de tratamiento: _____

Estado Actual: _____

Medicación: _____

Plan terapéutico: _____

Firma y Sello
del profesional tratante

Firma y Sello
del médico auditor

Presupuesto de Transporte Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Datos de la Empresa de Transporte

Nombre y Apellido/ Razón Social

Domicilio Teléfono

E-mail N° CUIT

Habilitación emitida por: Compañía de Seguros

Condición frente al IVA Prestación con Dependencia Si No

Recorrido

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar), acompañado de su respectivo mapa.

Viaje Ida Beneficiario se traslada a la prestación

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

Días **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Horarios

Viaje vuelta

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

Días **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Horarios

Periodo Desde Hasta Año:

Km diarios Km semanales Km mensuales Precio por Km \$

Precio de Viaje Diario (Ida y vuelta) \$

Precio Total Mensual del Presupuesto
(Sumatoria de los precios de los distintos traslados) en \$

Firma, Aclaración y Sello
del responsable de la
Empresa Transportista/ Prestador

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Tipo de jornada a realizar Simple Doble Categoría A B C

Incluye almuerzo Si No Incluye Dependencia Si No

Monto Mensual \$ Periodo Desde Hasta Año

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Asistencia

Días y horarios

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
de la Institución/ Prestador

Presupuesto de Prestaciones Profesionales Ambulatorias

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones mensuales Monto por Sesión \$ Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Teléfono Email

CUIT N° Ingresos Brutos

Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello del Profesional

Presupuesto

Módulo Integral Simple / Intensivo

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión

Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido

N° DNI

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Modulo Integral Simple

Modulo Integral Intensivo

Prestaciones a brindar (aclarar cantidad de sesiones semanales de cada una):

1

2

3

4

5

Monto Mensual \$

Periodo Desde

Hasta

Año

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Teléfono

Email

CUIT N°

Condición frente al IVA

Cronograma de Asistencia

Días y horarios

Desde

Hasta

lunes

martes

miércoles

jueves

viernes

sábado

Firma, Aclaración y Sello
de la Institución/ Prestador

Presupuesto

Módulo Maestra de Apoyo

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Datos de la Prestación

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Actividad Aulica (Maestra de Apoyo)

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

En la Escuela común sito en la Calle N° de la ciudad de

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
del Profesional

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Módulo Equipo de Apoyo para la Integración Escolar**

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Actividad Aulica

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

Sita en la Calle N° de la ciudad de

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
del responsable-directivo
de la institución

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Paciente:

DNI:

Fecha:

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional

7.	Independencia completa (en tiempo y seguridad)	SIN AYUDA
6.	Independencia con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
5.	INDEPENDENCIA PARCIAL Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	
4.	Con asistencia mínima (realiza 75% o más de la tarea)	CON AYUDA
3.	Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea)	
2.	DEPENDENCIA COMPLETA Con asistencia máxima (realiza del 25% al 49% de la tarea)	
1.	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	

CUIDADO PERSONAL	PUNTAJE
1. Comida	
2. Aseo	
3. Bañarse	
4. Vestirse parte superior	
5. Vestirse para inferior	
6. Ir al baño	
CONTROL ESFINTERIANO	PUNTAJE
7. Vejiga	
8. Intestino	
MOVILIDAD	PUNTAJE
TRANSFERENCIA	
9. Cama, silla, silla de ruedas	
10. Toilet	
11. Ducha	
LOCOMOCIÓN	
12. Camina/silla de ruedas	
13. Escaleras	
COMUNICACIÓN	PUNTAJE
14. Comprensión (audio-visual)	
15. Expresión (verbal- no verbal)	
CONEXIÓN SOCIAL	PUNTAJE
16. Interacción social	
17. Resolución de problemas	
18. Memoria	
TOTAL FIM	/126

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

Paciente:

DNI:

Fecha:

CUIDADADO PERSONAL:

CONTROL ESFINTERIANO:

MOVILIDAD:

COMUNICACIÓN:

CONEXIÓN SOCIAL:

Firma y Sello

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha.....

En el día de la fecha, en la ciudad de.....se establece el presente acuerdo entre la Escuela.....

.....con domicilio sito en.....representada por.....

....., la Maestra de apoyo / el Equipo de apoyo a la integración Escolar representado por.....

..... y la familia del alumno/a.....

con DNI.....representado/a por.....para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el

año.....Sala/Grado/Año.....turno..... en los días y horarios:.....

..... Período:.....

La Institución educativa y el/la Maestro/a de apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al/ a la alumno/a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el/la alumno/a mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma y sello de la Escuela Común donde se realizara la integración:

Aclaración:.....

Firma del padre/madre o tutor:

Aclaración.....

Firma y sello de Maestro/a /Equipo de AIE:

Aclaración.....

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

Buenos Aires,.....de..... de 2018

Afiliado:
DNI:

Por medio de la presente, deajo constancia de la solicitud de la baja de la prestación
de.....a cargo
de.....
..... a partir de.....

Asimismo, solicito el alta de dicha prestación a cargo de la profesional y/o institución
.....
y a partir de.....

FIRMA
ACLARACION
DNI
VINCULO

Nombre:

Año:

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							