

GUÍA DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD 2020

MATERIAL PARA AFILIADOS Y PRESTADORES

Atención al Afiliado / Prestador

OSMATA Central: 4340-7412 de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs.
Av. Belgrano 665 6to. piso contrafrente, CABA

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

Módulos asistenciales:

<https://osmata.com.ar/>

Seccionales / Delegaciones:

<http://www.smata.com.ar/secretarias/Interior/Seccionales-Interior-SMATA.php>

**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



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 por el nomenclador vigente. El mismo comprende a los beneficiarios mayores de un año de edad hasta los sesenta años inclusive.
- 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. Se deberá cumplimentar la documentación con al menos 60 días de anticipación.
- La documentación completa de los presupuestos podrá ser entregada en OSMATA central, Sanatorio San Cayetano, Módulos Asistenciales, Delegaciones y/o Seccionales de la Obra Social.
- Todas las prestaciones se autorizarán desde OSMATA central, una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa, y a posterior de la evaluación del equipo de Discapacidad de la Obra Social.
- Para iniciar o renovar cualquier tratamiento, todos los prestadores deberán aguardar la autorización del presupuesto emitido y sellado por OSMATA central. Solicitar el presupuesto sellado por el área correspondiente antes del comienzo del tratamiento. El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta de exclusiva responsabilidad del prestador.
- 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, o que no se presente en forma completa. De lo contrario, será devuelta al Módulo Asistencial, Delegación y/o Seccional de la Obra Social más cercano al domicilio del/la afiliado/a.
- 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.
- De requerir o ser necesario un cambio de prestador, se deberá adjuntar nota firmada por afiliado con discapacidad o, de ser menor de edad, por madre/padre/tutor con anterioridad a dicho cambio. La misma deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento por el nuevo prestador solicitado y fecha de baja de prestador anterior. Debe ser presentada 30 días antes de dicho cambio.

- **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/institución interviniente del año en curso.
- Para el Interior del país, comunicarse con la Seccional/Delegación correspondiente para realizar las consultas y/o reclamos en relación a las autorizaciones de los tratamientos o facturación de los mismos.
- 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. La Obra Social se adecúa a los lineamientos expedidos por la Superintendencia de Servicios de Salud, mediante el Mecanismo de Integración. Para mayor información o novedades al respecto, ingresar al siguiente link:
https://www.sssalud.gob.ar/padron/discapacidad/instructivo_discapacidad.pdf

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO

1. **CONSTANCIA DE PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**, en donde figure OSMATA como única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la pág. de la Superintendencia de Servicios de Salud ingresando al siguiente link:
https://www.sssalud.gob.ar/index.php?b_publica=Acceso+P%C3%BAblico&user=GRAL&page=bus650
2. **CERTIFICACIÓN NEGATIVA:** Constancia de certificación negativa emitida desde la página de ANSES: <http://servicioswww.anses.gob.ar/censite/>
3. **CODEM:** Constancia de CODEM emitida desde la página de ANSES donde conste la actual afiliación: <http://servicioswww.anses.gob.ar/ooss2/>
4. **CONSTANCIA DE AFILIACIÓN:**
 - **DIRECTOS:** Fotocopia de recibo de sueldo (antigüedad no mayor a 60 días a la fecha de inicio de la prestación)

-MONOTRIBUTISTAS: Fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos tres meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

-JUBILADOS: Recibo de haberes actualizado.

-SEGURO DE DESEMPLEO: Fotocopia del último comprobante de cobro.

-En caso de percibir PENSIÓN 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 AFILIACIÓN (Pensión no contributiva), comunicarse al siguiente teléfono: 0800-333-7763 Opción 1.

5. **CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD:** Presentar fotocopia completa y vigente (incluyendo código de barras). 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. En el caso de contar con turno para la renovación del CUD, enviar constancia del mismo con datos del afiliado. Verificar y adjuntar la autenticidad del mismo en el siguiente link:

<https://apps.snr.gov.ar/consultarnpcd/spring/publica?execution=els1>

6. **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR:** Presentar constancia de reserva de vacante o matriculación, constancia de alumno regular del año en curso y una constancia de finalización del ciclo lectivo. Aclarar Código Único de Establecimiento (CUE). En los casos en que el beneficiario no se encuentre escolarizado deberá justificar dicha situación mediante informe del equipo tratante o de la última institución educativa a la que asistió que detalle los motivos por los cuales es de difícil o imposible su concurrencia a instituciones educativas.

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

7. **PLANILLA DE CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO:** Utilizar exclusivamente las planillas que se encuentre en el presente instructivo, en el ANEXO. Firmada por persona con discapacidad, excepto los afiliados menores de 18 años para los cuales debe estar firmada por padre/madre o tutor. 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/la médico/a tratante. Consignar todas las prestaciones a brindar y el periodo de cobertura de las mismas.
8. **ÓRDENES MÉDICAS:** Se aceptarán sólo aquellas que sean originales. La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un/a médico/a perteneciente a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. Deben estar firmadas por el/la médico/a 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

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 “Módulo Integral Simple/Intensivo”, según corresponda, aclarando especialidad y frecuencia semanal.

PRESTACIONES INSTITUCIONALES: En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (CET, 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).

TRANSPORTE: De corresponder, el pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el/la médico/a tratante, el/la cual debe aportar datos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros, aclarando lugar de origen y 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).

e) PERÍODO DE LA PRESTACION: Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2020 o Enero a Diciembre 2020.

f) FIRMA Y SELLO: Del/la médico/a 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 01/01/2020, la fecha puede ser 29/12/2019).

9. **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:** Debe ser original. 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 acordes al diagnóstico 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.



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 (Escolaridad, CET, Centro de día, etc.)**. El máximo de horas total de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. **No se autorizará más de 1 sesión con un mismo profesional en el mismo día. 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 original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, informe del estado actual y plan de Tratamiento
- Copia de Título que incluya número de Resolución Ministerial
- Copia de matrícula profesional
- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente. Corroborar en:
<https://www.sssalud.gob.ar/index.php?cat=prestadores&page=busmed>
- Constancia de alumno regular, aclarando número de Clave Única de Establecimiento (CUE)
- Las prestaciones de apoyo comprende las siguientes terapias: Kinesiología - Terapia Ocupacional - Psicología - Fonoaudiología - Psicopedagogía - Psicomotricidad - Musicoterapia
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Módulo de Tratamiento Integral SIMPLE /INTENSIVO

Módulo Integral Simple: Cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) con más de una especialidad.

Módulo Integral Intensivo: Comprende la atención brindada de lunes a viernes con más de una especialidad.

En ambos casos, detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

Documentación requerida:

- Presupuesto original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, 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, conforme al Anexo VI de la Resolución N° 789/09 – M. Salud
- Inscripción en Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Módulo de Estimulación Temprana

Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años.

Documentación requerida:

- Presupuesto original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, 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, conforme al Anexo VI de la Resolución N° 789/09 – M. Salud
- Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Educación Inicial

Proceso educativo que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad, aproximadamente.

Documentación requerida:

- Presupuesto original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, informe del estado actual y plan de Tratamiento
- Informe Social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Educación General Básica

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 18 años de edad, aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Documentación requerida:

- Presupuesto original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, informe del estado actual y plan de Tratamiento
- Informe Social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Formación Laboral

Proceso de capacitación que implica formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. 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 original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, informe del estado actual y plan de Tratamiento
- Informe Social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- Certificado de pasantías realizadas el año anterior
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar

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

Documentación requerida:

- Presupuesto original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, informe del estado actual y plan de Integración
- Informe Social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- 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
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Módulo Maestra de Apoyo

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). El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará como valor hora.

Documentación requerida:

- Presupuesto original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, 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
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Centro Educativo Terapéutico

Está 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 original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, informe del estado actual y plan de Tratamiento
- Informe Social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

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 original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, informe del estado actual y plan de Tratamiento
- Informe Social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

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. Será necesario que

la Institución presente un informe socio-ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar.

Documentación requerida:

- Presupuesto original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Informe final, informe del estado actual y plan de Tratamiento
- Informe social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría. Corroborar en:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)

Traslado

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención, y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transporte público de pasajeros de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art. 22, inc. A). Se tendrá en cuenta la orientación prestacional del CUD.

Documentación requerida:

- Presupuesto original y fotocopia
- Planilla de consentimiento
- Habilitación municipal y/o provincial vigente del auto a nombre de quien presupuesta
- Seguro del auto y licencia de conducir
- Hoja de ruta según "Google Maps": www.maps.google.com
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)
- Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a Escuela común, deberá adjuntar constancia de alumno regular emitida por la institución a los fines de acreditar dicha concurrencia.
- En caso de solicitar dependencia, la misma podrá ser autorizada a afiliados a partir de los 6 años de edad
- En los casos que la persona con discapacidad deba realizar más de 1500 km. mensuales para realizar sus tratamientos, se deberá redireccionar a centros de atención o establecimientos más cercanos a su domicilio.

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/a el.....de Nacionalidad.....

.....Estado Civil.....

con domicilio real ubicado en la calle.....

.....Número.....

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

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

Correo Electrónico.....

Acompañado/a 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 para dar fe del
mismo.

Afiliado/a:

DNI:.....Firma:.....Aclaración:.....

Familiar a cargo:

DNI:.....Firma:.....Aclaración:.....

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

.....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente: _____ DNI: _____

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

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellido y nombre:

DNI:

Diagnóstico:

Indicación médica:

Periodo:

Fecha:

(Firma y sello médico tratante)

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

Fecha: _____

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

Paciente: _____ DNI: _____

CUIDADO PERSONAL:

CONTROL ESFINTERIANO:

MOVILIDAD:

COMUNICACIÓN:

CONEXIÓN SOCIAL:

Firma y Sello

PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Período:

Año:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por sesión:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:

PRESUPUESTO MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / INTENSIVO

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Módulo Integral Simple:

Módulo Integral Intensivo:

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

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

Período:

Año:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:

PRESUPUESTO MÓDULO: APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - MAESTRA/O DE APOYO

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Período:

Año:

Cantidad de horas mensuales:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio:

Actividad áulica

Escuela común:

Domicilio:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:

PRESUPUESTO PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Modalidad prestacional a brindar:

Jornada Simple:

Jornada Doble:

Categoría

A:

B:

C:

Alimentación Si:

No:

Dependencia Si:

No:

Período:

Año:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:

PRESUPUESTO TRASLADO

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación – Se traslada a la prestación:.....

Viajes ida

Desde domicilio:

Hasta domicilio:

Viajes vuelta

Desde domicilio:

Hasta domicilio:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Período:

Año:

Km. diario:

Km. mensual:

Valor por km:

Dependencia

Si:

No:

Precio del viaje diario:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio:

Habilitación emitida por:

Compañía de seguros:

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejen constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:

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/acon DNI.....representado/a porpara 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 realizará 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 2019

Afiliado:
DNI:

Por medio de la presente, dejo 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 el/la profesional y/o institución:

.....
y a partir de.....

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

VÍNCULO: