

# ***Manual de Procedimiento Instructivo para Beneficiarios***

***Recepción a partir del día 1° de Noviembre de 2020***

***Nuevas prestaciones y/o las modificaciones sobre las ya presentadas, deberán solicitarse con anterioridad a su inicio o hasta los 30 días posteriores de producida la novedad.***

***Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSSSB 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***

***Gerencia de Prestaciones Médicas  
Departamento de Discapacidad***

<b>Índice</b>	<b>Objetivo</b>	pág. 3
	<b>Lineamientos generales</b>	pág. 4
	<b>Documentación a presentar</b>	pág. 7
	<b>Modalidades prestacionales</b>	pág. 13
	<b>Dependencia</b>	pág. 13
	<b>Cambio de prestador</b>	pág. 14
	<b>Cambios en la situación del beneficiario</b>	pág. 14
	<b>Reclamo de documentación faltante, incompleta o incorrecta</b>	pág. 15
	<b>Formularios</b>	pág. 16
	Resolución 1293/20	pág. 19
	Anexo I	pág. 22
	Anexo II	pág. 22
	Formularios OSSSB	pág. 25

## **1. OBJETIVO**

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un expediente por discapacidad.

## **2. LINEAMIENTOS GENERALES**

- Sólo puede iniciarse trámites por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad.
- El trámite por Discapacidad debe realizarse en la Delegación OSSSB correspondiente a la jurisdicción de cada beneficiario.
- Los expedientes por discapacidad caducarán el 31 de diciembre de cada año al que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación **antes del inicio de cada práctica**.
- Toda la documentación requerida para solicitar la cobertura de prestaciones por discapacidad debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra.
- Las mismas están sujetas a modificaciones según eventuales disposiciones de organismos oficiales.
- Las prestaciones podrán ser brindadas SOLO cuando cuenten con autorización emitida por el DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD DE OSSSB.
- El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta exclusiva Responsabilidad del prestador y NO OBLIGA A OSSSB A CUBRIR LAS PRESTACIONES.
- La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, NO DA DERECHO al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA AUDITORIA DE DISCAPACIDAD.
- Recepción a partir del día 1 de NOVIEMBRE de 2020 y hasta 30 días posteriores al inicio de la prestación.
- Todas las prestaciones autorizadas por la Obra Social, se encuentran sujetas a Auditorias de Terreno y Evaluación permanente de las mismas, por parte del Equipo Interdisciplinario.
- La autorización emitida por la Obra Social, sólo tendrá validez, únicamente sobre la prestación efectivamente realizada.
- El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en el módulo de rehabilitación ambulatoria es entre 45-60 MINUTOS. Se considerará 1 (UNA) SESIÓN POR CADA DÍA DE ASISTENCIA sin excepción.

**No se reconocerán coberturas retroactivas a la fecha de presentación del expediente en la Delegación OSSSB correspondiente al beneficiario.**

- **DEPARTAMENTO DISCAPACIDAD:** Prestaciones relacionadas a cobertura de rehabilitación, escolaridad, formación laboral, centros educativos terapéuticos, transporte (no ambulancia), etc. según resolución 1511/12 y 444/14.

**Se deben utilizar EXCLUSIVAMENTE Los Formularios de discapacidad OSSSB 2021, disponibles en: [www.ossb.com](http://www.ossb.com) y en el presente instructivo**

- **ACOMPANANTE ESCOLAR:** SOLO se brindará cobertura a la prestación de “Servicio de Apoyo

a la Integración Escolar/Maestro de Apoyo a la Integración Escolar: Que es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquier de sus niveles, y abarca una población entre 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse, permitiendo la inclusión del niño con necesidades especiales, tanto en su escolarización como así también en la adquisición de habilidades sociales con sus pares” .

- **Hidroterapia**

- La prestación será autorizada únicamente cuando el paciente presente espasticidad muscular y durante un período de tiempo nunca mayor a un año. La prestación deberá brindarse en Instituciones de Salud o en piletas habilitadas para tal fin por el Ministerio de Salud jurisdiccional.
- El profesional a cargo de la prestación deberá ser indefectiblemente kinesiólogo o fisiatra (los profesores de educación física no están habilitados para brindar tratamientos por lo que la prestación NO será autorizada a cargo de tales profesionales).

**No se reconocerán tratamientos realizados por profesionales o Instituciones que no se encuentren habilitadas debidamente, conforme a los requisitos de los Organismos de control para cada prestación.**

- **No será autorizada la cobertura de EQUINOTERAPIA**, por no ser una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación.

### **3. DOCUMENTACION A PRESENTAR**

**Para la renovación, alta prestacionales y cambio de prestadores se dará realizar según resolución 1293/20 de la SSSalud la cual se adjunta al presente instructivo en sus anexos.**

#### **3.1 Documentación general:**

##### **3.1.1 Fotocopia del Certificado de Discapacidad Vigente, con código de barras y verificación de la autenticidad en la Agencia Nacional de Discapacidad (ex S.N.R.)**

El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3- Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud.

En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, **NO PODRÁ presentar trámite solicitando prestaciones por Discapacidad.**

En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, se deberá adjuntar fotocopia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

##### **3.1.2 SOLICITUD DE PRESTACIONES E INSUMOS del beneficiario titular.**

La nota debe ser manuscrita y en original (Ver FORMULARIOS DISCAPACIDAD)

##### **3.1.3 Fotocopia de DNI. (Titular y Beneficiario).**

### **3.1.4 Constancia de CUIL (Titular y Beneficiario).**

### **3.1.5 Formularios DATOS SOCIO – FAMILIARES:**

El beneficiario titular deberá completar el siguiente formulario en original para las prestaciones de Hogar permanente, acompañante/cuidador domiciliario. (Ver FORMULARIOS DISCAPACIDAD).

### **3.1.6 Print de la SSSALUD, donde conste la pertenencia del Beneficiario a la OSSSB.**

### **3.1.7 Copia del Carnet del Titular y el Beneficiario.**

### **3.1.8 Print del Padrón de OSSSB.**

### **3.1.9 Fotocopia de comprobantes de pago:**

- **Beneficiarios Titulares:** Deben presentar fotocopia de **recibo de sueldo**.
- **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.
- **Beneficiarios JUBILADOS:** Deben presentar **Recibo de haberes** actualizado.
- **Beneficiarios ADHERENTE:** Deben presentar fotocopia de los **comprobantes de pago** correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

### **3.1.10 Original de Resumen de historia clínica**

Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación.

Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario y actualizado a la fecha de presentación.

### **3.1.11 Original de Prescripción médica**

Debe presentarse la prescripción médica original de todas las prestaciones requeridas, comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, con firma y sello legible del Médico Tratante, que incluya tipo y número de matrícula.

La fecha de emisión de la prescripción, **debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/20, la fecha debe ser 28/02/20 o anterior).**

Debe indicar el diagnóstico y el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2020)

Si se solicitan prestaciones ambulatorias, debe indicar especialidad y cantidad semanal/mensual de sesiones requeridas para cada una de ellas.

Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble).

**En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado y fundamentado en la prescripción médica.**

En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM.

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

Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

### **3.1.12 Consentimientos y Presupuestos:**

Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por los prestadores de cada prestación brindada.

En el caso de Transporte debe presentar el consentimiento del diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje.

### **3.1.13.1 Presupuesto para instituciones y/o profesionales tratantes**

- Modelo Instituciones Educativas (Anexo FORMULARIOS)
- Modelo Instituciones (Anexo FORMULARIOS)
- Modelo Tratamientos (Anexo FORMULARIOS)
- Maestro de Apoyo (Anexo FORMULARIOS)
- Módulo de Integración Escolar (ANEXO FORMULARIOS)

### **3.1.13.2 Presupuesto de transporte.**

- Modelo Transporte (**Ver Anexo FORMULARIOS**) - Se debe presentar un presupuesto por destino - Conforme lo dispuesto por la Res.887-E/2017 de la Superintendencia de Servicios de Salud, los pagos serán efectivizados única y exclusivamente mediante transferencia bancaria a la cuenta del prestador.

Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT/DNI) de la facturación presentada, la Constancia de AFIP y Dictamen de Categorización de la A.N.D (ex S.N.R.)

**Si existe alguna modificación de Cuenta Bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota y comprobante bancario a [facturassur@osssb.com.ar](mailto:facturassur@osssb.com.ar).**

### **3.1.10 Plan de trabajo con objetivos a desarrollar (excepto para la modalidad de transporte).**

### **3.1.11 Constancia de Alumno Regular y CUE (Código Único de Establecimiento)**

Podrá iniciarse el expediente con constancia correspondiente al año 2020, **teniendo plazo hasta Mayo 2021** para remitir el original de la Constancia de Alumno Regular a la Obra Social. PARA EL CASO DE NO REMITIR LA MISMA LA AUTORIZACION AUTOMATICAMENTE SERA DEJADA SIN EFECTO.

La Constancia de Alumno Regular es Obligatoria. Debe incluir horario escolar del establecimiento. Es requisito "El Código Único de Establecimiento (CUE)"

## **4. MODALIDADES PRESTACIONALES**

### **4.1 - Prestaciones Ambulatorias**

#### **4.1 - Prestaciones Ambulatorias**

LAS PRESTACIONES AMBULATORIAS DE “REHABILITACION INTEGRAL INTENSIVO”, “REHABILITACION INTEGRAL SIMPLE” y “PRESTACION DE APOYO”.

El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en el módulo de rehabilitación ambulatoria/ Prestación de Apoyo es entre 45-60 minutos. Se considerará 1 (una) sesión por cada día de asistencia sin excepción.

##### **4.1.1 Prestaciones de Apoyo**

Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Estas prestaciones deben estar fundamentadas y tienen que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal. (Se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria 4.1.2).

El máximo de horas de prestación de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales de la totalidad de las disciplinas.

Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.

La solicitud de estas prestaciones deberá estar debidamente justificada en el plan de tratamiento respectivo.

Solo se reconocerán prestaciones de apoyo como módulo de atención ambulatoria si en la localidad de residencia del beneficiario no cuenta con establecimiento debidamente categorizado.

##### **4.1.2 Módulo de Atención Ambulatoria**

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atención ambulatoria con más de una especialidad, se reconocerá la modalidad como Atención Ambulatoria en:

- **Tratamiento Integral Simple:** cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales y más de una especialidad (lunes a viernes).
- **Tratamiento Integral Intensivo:** comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes) y más de una especialidad.

##### **4.1.3 Hospital de Día**

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos. En caso de necesidad debe tramitarse por el área de salud mental.

##### **4.1.4 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 0 a 4 años de edad cronológica.

### **Documentación para Prestaciones Ambulatorias**

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

**Si la prestación es brindada por instituciones:**

Categorización VIGENTE COMPLETA Expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (Ex Servicio Nacional de Rehabilitación) y Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).

**Si la prestación es brindada por profesionales INDIVIDUALES:**

Fotocopia de título habilitante y fotocopia de la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).

## **4.2 – Prestaciones Educativas Especiales.**

**Las prestaciones de carácter educativo contempladas se cubrirán hasta 11 (once) meses, quedando incluido en ésta cobertura el concepto de matrícula.**

### **4.2.1 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.

### **4.2.2 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.

### **4.2.3 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.

Destinado a Adolescentes, jóvenes discapacitados entre los 14 años y 24 años de edad cronológicamente y aproximadamente.

Adultos con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse de la formación Laboral y/o Rehabilitación Profesional por un período no mayor a 2 (dos) años.

### **Documentación para prestaciones educativas especiales**

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)

### **4.2.4 Apoyo a la Integración Escolar (AEI)**

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente) **hasta la finalización del nivel de educación secundaria.** De no cumplirse la asistencia a escuela común,



la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales. Los Equipos de Apoyo deberán brindar prestación tanto en la escuela común como consultorio simultáneo o sucesivo (entra y extra áulica).

**Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:**

Instituciones categorizadas ante la Agencia Nacional de Discapacidad (Ex Servicio Nacional de Rehabilitación) para la modalidad AIE.

**Documentación para Apoyo a la Integración Escolar por Equipo**

• **Documentación general (Punto 3.1)**

• **Documentación específica:**

**Categorización Vigente COMPLETA** expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)

**Plan de trabajo con sus objetivos**

Adaptaciones curriculares, firmado por representante de la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad de la escuela común (**todas las firmas y sellos en original**).

**Acta acuerdo entre la escuela y el prestador:** firmada por representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (**todas las firmas y sellos en original**).

**Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo 2021.** Dicha constancia debe indicar el número de CUE.

**PLAZO de entrega hasta Mayo 2021 para remitir el original de la Constancia de Alumno Regular a la Obra Social. PARA EL CASO DE NO REMITIR LA MISMA LA AUTORIZACION AUTOMATICAMENTE SERA DEJADA SIN EFECTO**

**4.2.5 Maestro de Apoyo**

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente) hasta la finalización del nivel de educación secundaria**. De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

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

**Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo:**

Profesionales con incumbencia en el campo pedagógico: Lic. en Psicopedagogía, Lic. en Ciencia de la Educación, Profesores de Educación Especial, Maestros con orientación en Educación Especial. El profesional que brinde esta modalidad **no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria**.

**La prestación en la modalidad MAESTRO DE APOYO NO PODRA SER BRINDADA POR ACOMPAÑANTES TERAPEUTICOS O ASISTENTES ESCOLARES (APND)**

**Documentación para Maestro de Apoyo**

• **Documentación general (Punto 3.1)**

• **Documentación específica:**

**Título habilitante del profesional y Certificado Analítico de Materias.**

**Plan de trabajo** con sus objetivos.

**Adaptaciones curriculares**, firmado por el profesional a cargo del apoyo y por la máxima autoridad de la escuela común (todas las firmas y sellos en original).

**Acta acuerdo:** firmada por el profesional a cargo del modulo, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original).

**Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo 2020.** Dicha constancia debe indicar el número de CUE.

**PLAZO de entrega hasta Mayo 2021 para remitir el original de la Constancia de Alumno Regular a la Obra Social. PARA EL CASO DE NO REMITIR LA MISMA, LA AUTORIZACION AUTOMATICAMENTE SERA DEJADA SIN EFECTO.**

**INCOMPATIBILIDAD DE PRESTACION ENTRE MAESTRO DE APOYO Y PSICOPEDAGOGIA:**

El profesional que realice la prestación de Maestro de Apoyo  
NO PUEDE BRINDAR PSICOPEDAGOGIA

**4.3 - Centro Educativo Terapéutico – Centro de Día**

**4.3.1 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. Está dirigido a niños y jóvenes entre 4 y 24 años de edad, 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.

**4.3.2 Centro de Día**

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de auto valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

#### **Documentación para CET/Centro de Día**

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad** (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)

#### **4.4 - Internaciones**

##### **4.4.1 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 auto-valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

En caso de solicitar alguna de estas modalidades, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada: el médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar. **Asimismo, en caso que el beneficiario tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.**

#### **Documentación para internaciones:**

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad** (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).

**Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.**

##### **4.4.2 Internación en Rehabilitación**

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de duración limitada y con objetivos definidos, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario.

**La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.** En caso de solicitar INTERNACIÓN EN REHABILITACIÓN, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada

**Documentación para Internación en Rehabilitación**

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad** (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)

**Indicación y Plan tratamiento elaborado por el médico tratante, con fecha anterior al comienzo de la prestación.**

#### **4.5 Residencia**

Se entiende a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de auto valimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. Destinado a una población entre 18 y 60 años de edad.

**Documentación para Residencia**

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad** (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).

**Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.**

#### **4.6 Pequeño Hogar:**

Se entiende al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y/o con grupo familiar no continente. Destinado a personas discapacitadas desde los 3 años.

**Documentación para Pequeño Hogar**

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad** (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).

**Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.**

#### **4.7 Transporte especial**

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas 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 (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en**

**transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley Ley 24314, art 22 inc a).**

No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino.

De acuerdo a Res 1192/15 – MS, la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georeferenciamiento utilizado, y será abonada por mes entero.

**Documentación para Transporte Especial:**

• **Documentación general (Punto 3.1)**

• **Documentación específica:**

**Planilla de Solicitud de Transporte completa en su totalidad por el médico tratante.**

**Fotocopia de la habilitación vigente.**

**Fotocopia de la póliza de seguro y comprobante del último pago del transportista.**

**Fotocopia de carnet de conducir vigente.**

## **5. DEPENDENCIA**

Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulaci3n, conforme el índice de independencia funcional (FIM)

**El FIM no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario.**

**Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia para las modalidades:**

- Centro de Día.
- Centro Educativo Terapéutico.
- Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico.
- Transporte y en los casos en que se encuentre debidamente justificado.

## **6. CAMBIO DE PRESTADOR**

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con prestaciones por discapacidad ya otorgadas, la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad.

La nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio (VER FORMULARIOS OSSSB) debe indicar:

- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- Firma, aclaraci3n y número de documento del titular

- Documentación pertinente al nuevo prestador (según corresponda a la modalidad).

## **7. CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO**

**7.1 Casos de fallecimiento del beneficiario causante, deberán presentar:  
Certificado de defunción.**

**Nota del beneficiario titular** informando la fecha de finalización del tratamiento.

**7.2 Abandono del tratamiento.**

**Nota del beneficiario titular** especificando la fecha de finalización de la prestación recibida

**Motivos** por los cuales la misma fue interrumpida.

## **8. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA**

Solo serán recepcionadas solicitudes con **documentación completa**. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente.

Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación escrita desde el Sector de Discapacidad, a través de la Delegación que le correspondiere al beneficiario por su jurisdicción, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente.

**PARA EL CASO DE NO REMITIR LA DOCUMENTACION SOLICITADA EN LOS PLAZOS REQUERIDOS, DARA LUGAR A LA OBRA SOCIAL A BRINDAR COBERTURA SOLO A PARTIR DE LA PRESENTACION COMPLETA. NO SE EFECTUARAN AUTORIZACIONES CON EFECTO RETROACTIVO.**

# **FORMULARIOS**

# **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

## **Resolución 1293/2020**

**RESOL-2020-1293-APN-SSS#MS**

Ciudad de Buenos Aires, 08/10/2020

VISTO el Expediente EX-2020-66692666-APN-SSS#MS, las Leyes N°23.660, N°23.661, N°24.901, N°26.378, N°26.682, N°27.541, los Decretos N°904 de fecha 2 de agosto de 2016, N°297 de fecha 19 de marzo de 2020 y sus respectivas prorrogas, la Resolución N°428 de fecha 23 de junio de 1999, del registro del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, sus modificatorias y complementarias, las Resoluciones N°887 de fecha 23 de octubre de 2017, sus modificatorias y complementarias, N°308 de fecha 6 de abril de 2020, N°349 de fecha 15 de abril de 2020, N°582 de fecha 26 de junio de 2020, del registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD; y

### **CONSIDERANDO:**

Que por Ley N°26.378 se aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Que en concordancia con su espíritu, esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a través de la UNIDAD DE ORIENTACIÓN Y GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, creada por Resolución N°582/20 del registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en el trabajo en conjunto con los Agentes del Seguro de Salud y las Empresas de Medicina Prepaga, adopta medidas tendientes a asegurar el acceso a las prestaciones de los beneficiarios con discapacidad de manera igualitaria a las demás y sin restricciones.

Que la Ley N°24.901 instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Que los artículos 2° y 6° de la Ley N°24.901 y el artículo 7° de la Ley N°26.682 imponen con carácter obligatorio, para los Agentes del Seguro de Salud y las Empresas de Medicina Prepaga, la cobertura total de las prestaciones básicas de atención integral para sus beneficiarios con discapacidad.

Que entre las funciones que ejerce esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, se encuentra la de fiscalizar el cumplimiento, por parte de los Agentes del Seguro de Salud y de las Empresas de Medicina Prepaga, de la cobertura de las prestaciones a las que se encuentran obligadas, de manera integral, accesible e igualitaria.

Que el Decreto N°904/16 del registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD creó un mecanismo denominado "INTEGRACIÓN" para el financiamiento directo del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN a los Agentes del Seguro de Salud, de la cobertura de las prestaciones médico-asistenciales previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, aprobado por la Resolución 428/99 del entonces MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, o la que en el futuro la reemplace.

Que el artículo 2° del citado Decreto facultó a esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a adecuar los procedimientos administrativos necesarios e incorporar el uso de las nuevas herramientas tecnológicas como la firma digital y la notificación fehaciente digital, para dotar el sistema de transparencia y eficiencia.



Que, en consecuencia, por Resolución N°887/17 del registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, se aprobaron el procedimiento y los requisitos que deben cumplimentar los Agentes del Seguro de Salud en sus solicitudes de fondos a través del mecanismo de “INTEGRACIÓN”.

Que con fecha 11 de marzo de 2020 la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) declaró el brote de COVID-19 como una pandemia, que por sus dimensiones y alcances mereció la adopción de medidas urgentes, orientadas a poner los recursos del Estado al servicio de mitigar su propagación y su impacto sanitario.

Que el Poder Ejecutivo Nacional dictó con fecha 19 de marzo de 2020 el Decreto de Necesidad y Urgencia N°297/2020, por el que a través de su artículo 1°“ se establece para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria, la medida de ‘aislamiento social, preventivo y obligatorio en los términos indicados en el presente decreto”, medida que continua vigente hasta el momento en las zonas geográficas más afectadas de nuestro país.

Que a los fines de las solicitudes de fondos a través del mecanismo de Integración, tanto para el periodo que dure el aislamiento social, preventivo y obligatorio, como el del distanciamiento social preventivo y obligatorio, continuarán vigentes las disposiciones establecidas en las Resoluciones N° 308/20-SSSALUD y N° 349/20-SSSALUD y sus Anexos.

Que resulta fundamental destacar lo enunciado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su Preámbulo, respecto a la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones.

Que, de acuerdo a lo establecido por dicho cuerpo normativo, en el artículo 25, inciso d) en cuanto establece: “Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado...”, la conformidad de las prestaciones será imprescindible.

Que, mientras perduren las condiciones establecidas en el Decreto N°297/20 PEN, y sus modificatorios y complementarios, las prestaciones que se encuentren en curso, aprobadas por el equipo interdisciplinario del Agente del Seguro de Salud o Empresa de Medicina Prepaga para el año 2020, podrán prorrogarse de común acuerdo entre la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y el/los profesional/es/prestador/es.

Que finalizadas las medidas del aislamiento social, preventivo y obligatorio o el distanciamiento social, preventivo y obligatorio, se deberá gestionar la renovación de las prestaciones dentro de los NOVENTA (90) días corridos posteriores.

Que ante la necesidad de modificación o inicio de nuevas prestaciones, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberán enviar la documentación por medios digitales al Agente del Seguro de Salud o a la Empresa de Medicina Prepaga, según corresponda.

Que por la misma vía, los prestadores deberán cumplimentar el envío de la documentación requerida directamente a los Agentes de Seguro de Salud o Empresa de Medicina Prepaga, según se trate de prórroga de continuidad, modificación o nueva prestación.

Que para todos los supuestos, si existiera dificultad para realizar las presentaciones y solicitudes por medios digitales, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los prestadores, podrán efectuarlas de forma presencial, según protocolos habilitados por cada entidad.

Que en este período de excepción se hace fundamental la participación activa del equipo interdisciplinario de los Agentes del Seguro de Salud y de las Empresas de Medicina Prepaga conforme las tareas que le son encomendadas por los artículos 11 y 12 de la Ley N° 24.901.

Que, en tal sentido, los equipos interdisciplinarios de los Agentes del Seguro de Salud y las Empresas de Medicina Prepaga, en conjunto con el/los prestador/es, deberán evaluar el plan de abordaje que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad y su familia, asegurando el acceso a servicios accesibles, suficientes y oportunos.

Que la Unidad de Orientación y Gestión de las Prestaciones para las Personas con Discapacidad y la Gerencia de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de su competencia.

Que la presente Resolución se dicta en uso de las facultades otorgadas por los Decretos N° 1615/96, N° 2710/12 y N° 34/20.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Prorróguense las prestaciones que se encuentren en curso, aprobadas por el equipo interdisciplinario del Agente del Seguro de Salud o Empresa de Medicina Prepaga para el año 2020, en aquellos casos en los que no posean modificaciones, mientras duren las condiciones establecidas en el Decreto N° 29 7/20 PEN, y sus modificatorios y complementarios, de común acuerdo entre la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y el/los profesional/es/prestador/es, conforme los términos que se establecen en el ANEXO I (IF-2020-67649363-APN-SSS#MS), que forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 2º.- En aquellos casos en los que exista la necesidad de modificación o inicio de nuevas prestaciones, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberán enviar la documentación por medios digitales al Agente del Seguro de Salud o a la Empresa de Medicina Prepaga, según corresponda. La solicitud deberá efectuarse conforme el ANEXO II (IF-2020-67649833-APN-SSS#MS), que forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 3º.- Finalizadas las medidas del aislamiento social, preventivo y obligatorio o el distanciamiento social, preventivo y obligatorio, se deberá gestionar la renovación de las prestaciones dentro de los NOVENTA (90) días corridos posteriores.

ARTÍCULO 4º.- Los Agentes del Seguro de Salud y las Empresas de Medicina Prepaga deberán garantizar la recepción de la documentación que envíe por medios digitales la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, y el prestador, la que podrá ser suscripta con firma ológrafa, electrónica o digital.

ARTÍCULO 5º.- Los equipos interdisciplinarios de los Agentes del Seguro de Salud y las Empresas de Medicina Prepaga, en conjunto con el/los prestador/es, deberán evaluar el plan de abordaje que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad y su familia, asegurando a estos servicios accesibles, suficientes y oportunos.

ARTÍCULO 6º.- La presente Resolución entrará en vigor a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 7º.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese. Eugenio Daniel Zanarini

NOTA: El/los Anexo/s que integra/n este(a) Resolución se publican en la edición web del BORA - [www.boletinoficial.gob.ar](http://www.boletinoficial.gob.ar)-

## **ANEXO I - I**

### **PRÓRROGA POR CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021**

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.

En aquellos casos que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales/prestadores acuerden la **CONTINUIDAD** de las prestaciones que venía recibiendo en el año 2020, se deberá presentar ante la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga la siguiente documentación:

### **La Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo:**

- Conformidad de la Prestación, según modelo detallado **ANEXO I.1.1**

En el mismo se deberá detallar la/s prestación/es por las que brinda conformidad respecto de su continuidad, en igualdad de condiciones a las autorizadas en el período prestacional 2020, pudiendo realizarse en forma manuscrita.

### **El Prestador:**

- Informe Evolutivo de la Prestación brindada.
- Plan de Abordaje para el período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.
- Transporte, Informe de la prestación brindada en 2020 y a realizar en 2021, según modelo detallado **ANEXO I 1.2**

### **BAJA DE LA PRESTACIÓN**

En aquellos casos que se desee dar la **BAJA** de la/s prestación/es, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberá informarlo a la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga por medios digitales o los habilitados por la entidad.

Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail:

[orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar](mailto:orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar)

## ANEXO I - 2

### CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo .....con Documento Tipo (.....)  
N° ....., doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual) \_\_\_\_\_

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual) \_\_\_\_\_

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual) \_\_\_\_\_

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma: .....

Aclaración: .....

Domicilio: .....

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

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Parentesco: .....

Domicilio: .....

IF-2020-67649363-APN-SSS#MS

Página 2 de

## ANEXO I 1.2

### **INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE**

Apellido y Nombre del beneficiario: Número de Afiliado:

Número de DNI:

#### **PERÍODO ASPO / DISPO 2020**

Mes \_\_\_\_\_ de 2021.

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

☐ SÍ ☐ NO MOTIVO: \_\_\_\_\_

¿En qué modalidad prestacional brindó  
Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE: ☐ ALIMENTOS ☐ MATERIAL DIDÁCTICO ☐ OTROS \_\_\_\_\_

☐ PRESENCIAL

#### **PERÍODO APSO / DISPO 2021**

##### **PRESTACIÓN**

##### **TIPO DE ASISTENCIA**

	TRASLADO DE OTROS <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE OTROS <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE OTROS <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE OTROS <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL  
PRESTADOR

IF-2020-67649363-APN-SSS#MS

## ANEXO II - I

### **MODIFICACIÓN O NUEVA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021**

En aquellos casos que se solicite una **NUEVA** prestación o que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales tratantes/prestadores consideren que debe hacerse una **MODIFICACIÓN** del Plan de Abordaje que se encontraba recibiendo en el período 2020, deberá presentarse la siguiente documentación:

#### **La Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo:**

- Conformidad de Prestación, según modelo detallado en ANEXO II. I. I
- Orden Médica, confeccionada por médico tratante.
- Resumen de Historia Clínica, confeccionada por médico tratante.
- Apoyo a la Inclusión Educativa, deberá presentar:

*Constancia de alumno regular, emitida por la escuela común.*

*Acta Acuerdo, firmada por el familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.*

*La documentación requerida para Inclusión Educativa, deberá ser remitida dentro del plazo posible considerando las medidas de ASPO/DISPO. La imposibilidad de presentarla no podrá ser motivo de denegación ni ser restrictivo el acceso a la prestación.*

#### **El Prestador:**

- Plan de Abordaje período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.

*Para la prestación de Apoyo a la Inclusión Educativa, el Plan de Abordaje individual, deberá detallar la adaptación curricular en caso de corresponder, confeccionado por el profesional/equipo que lleve a cabo la Integración.*

- Presupuesto.
- Para la prestación de Transporte, el Presupuesto deberá especificar la modalidad de asistencia brindada; alimentaria, material didáctico, etc o presencial, según habilitación jurisdiccional.
- Documentación del prestador, según corresponda a cada prestación.
- Dependencia, en caso de corresponder deberá presentarse la escala FIM confeccionada por el prestador o médico tratante.

*Cuando se solicite una NUEVA prestación o una MODIFICACIÓN, los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga haya confeccionado para la solicitud de prestaciones del año 2020.*

*En aquellos casos que la solicitud de cobertura de prestaciones de discapacidad se realice por primera vez, la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga podrá solicitar documentación respecto de su certificación de persona con discapacidad, afiliación, etc.*

*Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail:*

*[orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar](mailto:orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar)*

**ANEXO II - 2**

**CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERIODO  
ASPO/DISPO 2021**

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

**Apellido y nombre del beneficiario:**

**Número de Afiliado:**

Yo .....con Documento Tipo ( )  
N° ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es por el período del aislamiento social,  
preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio, del año 2021. Dejo constancia que me han  
explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles en relación a la/s prestación/es  
detalladas a continuación:

Tipo de prestación: .....

Prestador: .....

Modalidad: (presencial/virtual).....

Tipo de prestación: .....

Prestador: .....

Modalidad: (presencial/virtual).....

Tipo de prestación: .....

Prestador: .....

Modalidad: (presencial/virtual).....

Firma: .....

Aclaración: .....

Domicilio: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre  
de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas  
precedentemente.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Parentesco: .....

Domicilio: .....





## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

OBRA SOCIAL:.....

FECHA: ...../..... /.....

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD		SEXO

Diagnóstico de la patología incapacitante: .....

Indicar resumen del paciente: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DE MEDICOTRATANTE



## ORDEN MÉDICA

OBRA SOCIAL: .....

FECHA: ..... / ..... / .....

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD		PLAN

DIAGNOSTICO: .....

1. Se indica: .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

2. Se indica: .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

3. Se indica: .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

4. Se indica: .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

5. Se indica : .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....  
FIRMA Y SELLO DE MEDICOTRATANTE



## ORDEN MÉDICA (Transporte)

OBRA SOCIAL: .....

FECHA: ..... / ..... / .....

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD		PLAN

DIAGNOSTICO: .....

1. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

durante el periodo..... y .....del año .....

2. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

Durante el periodo..... y .....del año .....

3. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

Durante el periodo..... y .....del año .....

4. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

Durante el periodo..... y .....del año .....

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....  
FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE



**SOLICITUD DE PRESTACIONES E INSUMOS:**

Lugar y fecha.....

Señor Presidente de la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos / adquisición de .....

..... Para tal fin adjunto los datos correspondientes y la documentación solicitada.

**DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:**

Apellido y Nombres:.....Edad:.....

Lugar y fecha de nacimiento.....

Estado Civil: .....Domicilio actual.....

Ciudad.....Provincia.....CP.....

DNI.....Parentesco con el titular:.....

Teléfono.....e-mail.....

**DATOS DEL TITULAR:**

Apellido y Nombres:.....CUIL.....

Domicilio actual.....

Ciudad.....Provincia.....CP.....

Teléfono.....e-mail.....

Declaro que los datos volcados en este formulario son exactos y revisten el carácter de Declaración Jurada.

.....  
Firma del beneficiario

.....  
Firma de padre/ tutor o encargado

.....  
Aclaración

.....  
Aclaración



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO Y/O PRÁCTICA  
AMBULATORIA:

Ciudad de.....

Obra Social: .....

RNOS: .....

Me dirijo a usted a fines de brindar mi consentimiento por el plan de tratamiento de la prestación de

Declaro haber comprendido y aceptado en todos sus términos los alcances del mismo.

NOMBRE Y APELLIDO.....

D.N.I.....

FIRMA.....

ACLARACION.....

Por la presente certifico que he explicado los alcances del tratamiento

que se brinda al beneficiario y que se han contestado todas las preguntas en torno a las características del mismo.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL.....

❖ SE DEBERA PRESENTAR CONSENTIMIENTO PARA CADA PRESTACION QUE EL PACIENTE REALICE



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA INSTITUCIONES:

Lugar y fecha.....

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Modalidad Prestacional a brindar:.....

..... Tipo de

Jornada a realizar: Simple ... Doble.....Reducida .....Permanente..... Categoría: A.....

B .....C..... Incluye Almuerzo: Si..... No..... Incluye Dependencia: Si.....

No.....Período: desde.....hasta.....del año 20.....

Monto Mensual: \$......

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación: .....

Localidad:.....Provincia:.....Teléfono:.....

Email:.....CUIT..... Condición frente al

IVA:.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....

Firma, aclaración y sello de la institución



**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES:**  
Lugar y fecha.....

**DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:**

Apellido y Nombres:.....DNI.....

**DATOS DE LA PRESTACIÓN:**

Prestación / Especialidad a brindar: .....

Período: desde.....hasta.....del año 20....

Cantidad de sesiones semanales y mensuales: .....

Monto por Sesión: \$..... Monto Mensual: \$.....

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación: .....

Localidad:.....Provincia .....

Tel:.....e-mail .....

CUIT:..... Condición frente al IVA:.....

**Cronograma de Asistencia:**

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....  
Firma, aclaración y sello del Profesional



**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA:**

Lugar y fecha.....  
Apellido y Nombre del Titular.....  
Apellido y Nombre del Beneficiario .....DNI.....  
El niño concurre acompañado por.....

**DATOS DE LA PRESTACIÓN:**

Prestación/ Especialidad:.....  
Período: Desde.....Hasta ..... 20.....  
Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....  
Monto por sesión (si es única prestación).....  
Monto Mensual.....  
Monto del Módulo ( si es brindada por equipo ).....

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Nombre y Apellido/Razón Social.....  
Domicilio real de la prestación.....  
Localidad.....Provincia.....Teléfono.....  
Email.....CUIT.....  
Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

.....  
Firma, aclaración y sello del Profesional





**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES:**

Lugar y fecha.....  
 Apellido y Nombre del Titular.....  
 Apellido y Nombre del Beneficiario .....DNI.....  
 El niño concurre acompañado por.....

**DATOS DE LA PRESTACIÓN:**

Prestación/ Especialidad:.....  
 Período: Desde.....Hasta ..... 20.....  
 Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....  
 Monto por sesión .....Monto Mensual.....  
 Valor del Módulo... ..

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Nombre y Apellido/Razón Social.....  
 Domicilio real de la prestación.....  
 Localidad.....Provincia.....Tel:.....  
 Email.....CUIT.....

**Cronograma de Asistencia:**

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

.....  
 Firma, aclaración y sello de la Institución



**PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:**

Lugar y fecha.....  
Apellido y Nombre del Titular.....  
Apellido y Nombre del Beneficiario .....  
DNI.....

**DATOS DE LA PRESTACIÓN:**

Prestación/ Especialidad: MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.  
Período: Desde.....Hasta..... 20.....  
Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Nombre y Apellido .....  
Domicilio .....  
Localidad.....Provincia.....  
Tel:..... Email.....  
CUIT.....Cheque a la orden de.....  
.....

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:**

Escuela donde se brindará la prestación:.....  
Domicilio.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....

Firma, aclaración y sello del Profesional



**PRESUPUESTO EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:**

Lugar y fecha.....  
Apellido y Nombre del Titular.....  
Apellido y Nombre del Beneficiario .....DNI.....

**DATOS DE LA PRESTACIÓN:**

Prestación/ Especialidad: **EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.**

Período: Desde.....Hasta..... 20.....  
Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Nombre y Apellido .....  
Domicilio.....  
Localidad.....Provincia .....  
Tel..... Email.....CUIT.....  
Cheque a la orden de.....

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:**

Escuela donde brindará la prestación:.....  
Domicilio.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

**ACTIVIDAD EXTRA-ÁULICA:**

Conformación del Equipo Profesional Interviniente:

1. Nombre y Apellido .....  
Título Profesional.....  
Objetivo de la Intervención .....  
.....  
.....  
.....

2.Nombre y Apellido .....  
Título Profesional.....Objetivo de la Intervención .....  
.....

.....  
.....  
.....

3.Nombre y Apellido ..... Título  
Profesional..... Objetivo de la  
Intervención .....

.....  
.....  
.....  
.....

Domicilio real donde se brindará la prestación .....  
.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....  
Firma, aclaración y sello del Representante del Equipo



## **ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:**

A los.....días del mes.....del año 20.... en la ciudad.....  
se establece el presente acuerdo entre la Escuela .....  
.....con domicilio en.....  
representada por .....  
la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, representado  
por.....y la familia del niño/a .....  
.....con DNI..... para llevar a cabo  
la integración del niño/a en el Año / Sala.....Turno.....,

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

La Institución Educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a :

- Atender al / a la niño / 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 alumno 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.

La continuidad del / la alumno / a en el Proyecto de Integración Escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño / a.

La no continuidad del proyecto podrá darse:

- Incumplimiento de los ítems mencionados ut-supra.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importantes en la conducta.

.....  
Firma, sello y aclaración de la  
Escuela Común donde se realiza  
Integración Escolar

.....  
Firma y aclaración del Padre  
Madre / Tutor

.....  
Firma, aclaración y sello de  
Maestra / Equipo a la  
Integración Escolar



**DISCAPACIDAD-TRANSPORTE DIAGRAMA TRASLADOS CONSENTIMIENTO**

Lugar y fecha de emisión: .....

Razón social del prestador: .....

Domicilio: .....

Localidad/Provincia: .....

Teléfono: .....

Mail:.....

Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

**TRASLADOS**

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	VALOR/KM	VALOR DIARIO

Dependencia ( SI / NO )

Monto mensual: \$.....

Periodo traslados. Desde ...../...../.....

Hasta: ...../...../.....

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

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado

.....  
Firma, aclaración y sello de la Empresa Transportista

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al beneficiario.....

DNI.....Nro. de Afiliado.....

.....  
Firma de beneficiario o representante

.....  
Aclaración

.....  
DNI

Lugar y fecha de consentimiento.....



MODELO DE PLAN DE TRABAJO INSTITUCIONES / PROFESIONALES:

Lugar y fecha.....  
Apellido y Nombre del Beneficiario .....  
DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: .....  
Período: Desde.....Hasta ..... 20.....

OBJETIVOS CONCRETOS PROPUESTOS POR DISCIPLINA:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

.....  
Firma, aclaración y sello del Profesional

.....  
Firma y aclaración del beneficiario



## **TABLA DE MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM):**

Paciente.....DNI..... Diagnóstico.....

Institución.....Modalidad.....Fecha.....

7	Completa en tiempo y con seguridad	<b>SIN AYUDA</b>
6	Modificada con adaptaciones(necesita mas tiempo extra y/o usa accesorios)	
	<b>DEPENDENCIA PARCIAL</b>	
5	Con supervisión, con ayuda y/o estímulo verbal	<b>CON AYUDA</b>
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o + de la tarea )	
3	Con asistencia moderada (realizada entre 50 y 74% de la Tarea)	
	<b>DEPENDENCIA COMPLETA</b>	
2	Con asistencia máxima (realiza del 25 al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total ( realiza menos del 25% de la tarea )	<b>PUNTAJE</b>
	<b>CUIDADO PERSONAL</b>	
1	Comida (uso de utensilio, masticar, deglutir)	
2	Aseo (lavarse caras, manos, peinarse, afeitarse, dientes)	
3	Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o en cama )	
4	Vestirse parte superior (de cintura para arriba o colocarse ortesis y/o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (cintura para abajo, zapatos, abrocharse,colocarse prótesis )	
6	Uso del baño (higiene perineal, ajuste de ropa antes y después del uso)	
	<b>CONTROL ESFINTEREANO</b>	
7	Vejiga	
8	Intestino	
	<b>MOVILIDAD ( tipo de desplazamiento )</b>	
9	A Cama, silla, silla de ruedas	
10	A toilette ( sentarse y salir del inodoro )	
11	Bañera o ducha	
	<b>LOCOMOCION</b>	
12	Marcha / Silla de ruedas	
13	Escaleras	
	<b>COMUNICACIÓN</b>	
14	Comprensión audio / visual	
15	Expresión verbal / no verbal	
	<b>ADPATACION PSICO-SOCIAL</b>	
16	Interacción social	
	<b>FUNCIONES COGNITIVAS</b>	
17	Resolución de problemas cotidianas	
18	Memoria para actividades simples y/o rostros familiares	
	<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>	

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría de **O.S.S.B.**, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por **sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.**

.....  
Firma

.....  
Firma y sello profesional

.....  
Firma y sello profesional





**PLANILLA DE DATOS SOCIO-FAMILIARES:**

Lugar y fecha.....  
 Apellido y Nombre del Titular .....  
 Domicilio.....  
 Localidad.....Teléfono.....Email:.....  
 Apellido y Nombre del Beneficiario .....  
 Prestación solicitada .....

**GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:**

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

**GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE:**

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar y fecha de emisión.....

.....

Firma y aclaración del titular



**PLANILLA DE ASISTENCIA :**

**PRESTADOR:** .....

**DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN:** .....

Dejo constancia que el afiliado .....ha concurrido a tratamiento de .....durante el mes de.....de 2019

FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA TITULAR O TUTOR

.....  
 Firma Y aclaración titular

.....  
 Firma y aclaración prestador



## **IMPORTANTE:**

- ❖ Las prestaciones podrán ser brindadas solamente cuando exista **AUTORIZACIÓN PREVIA** del Área Discapacidad de la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios.

El inicio de las prestaciones sin autorización previa, resulta de **EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR** y no obliga a la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios a cubrir las prestaciones.

La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado, **NO DA DERECHO** al profesional interviniente ( particular o institución ) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte del Área de Discapacidad ni obliga a la O.S.S.B. a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

## **INSTRUCTIVO PARA ENTREGA DE FACTURACIÓN**

- ❖ Las facturas de las prestaciones autorizadas solamente serán recibidas por la Gerencia de Administración y Finanzas, Sector Facturación Discapacidad SUR, sito en 25 de Mayo 182 Planta Baja de lunes a viernes en el horario de 9,30 hs a 13 hs.

### **Como deben confeccionarse las facturas:**

- 1.- Deberán estar a nombre de la **OBRA SOCIAL DE SERVICIOS SOCIALES BANCARIOS**, 25 de Mayo 182, CABA; CUIT 30-  
❖ 69156146-8.

2.- Las Facturas deberán ser tipo B ó C. Con facturas B, en el momento que se haga efectivo el pago deberá presentar en forma obligatoria para el cierre de la operación el correspondiente recibo de cancelación de la factura presentada debiendo entregarlo en la tesorería.

3.- Se deberá especificar:

- Apellido y Nombre del paciente.
- Mes correspondiente a la prestación brindada.
- Modalidad de prestación y cantidad de sesiones mensuales.
- Valor unitario.

En caso de facturas por transporte se deberá especificar:

- Apellido y Nombre del paciente
- Mes correspondiente a la prestación brindada
- Recorrido (desde – hasta).
- Valor del kilómetro.
- Cantidad de km mensuales.
- Cantidad de viajes.

4.- Las facturas de los tratamientos ambulatorios y Apoyo a la Integración Escolar deberán entregarse con el formulario de asistencia del tratamiento.

5.- Las facturas se deberán presentar a mes vencido, es decir una vez realizada la prestación.

6.- No se aceptarán facturas con enmiendas, tachaduras o roturas.