

Sistema Único de Reintegros

DISCAPACIDAD - Res 1511/12

Prestaciones con Recupero de
Fondos

Lautaro Rinaldi

Objetivos

- Panorama General sobre Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad.
- Documentación necesaria para efectuar el recupero de cada prestación.
- ¿Cómo debe estar confeccionada dicha documentación?

Temario

- Ley 24.901

Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

- SUR – Discapacidad

Res. 1511/2012

- Aranceles por Nomenclador Nacional.

Res 1.685/2.012 – en vigencia desde el 01 de Octubre de 2012.

- Requisitos de Facturación.

Acreditar la Discapacidad

A series of horizontal lines in teal and light blue colors, of varying lengths, extending from the left edge of the slide towards the right, positioned below the title.

¿Qué se entiende por Persona Discapacitada?

Es toda aquella que padezca una **alteración funcional** permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social, **implique desventajas considerables** para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Certificado Único de Discapacidad (CUD)

- *¿Qué es?*
 - Es el documento Público que actúa como **llave de acceso** al Sistema de Salud y a los beneficios instituidos por las normativas vigentes.
- *¿Cómo es el trámite?*
 - **Consta de una evaluación interdisciplinaria** en la que los profesionales determinarán, de acuerdo a la documentación presentada por el interesado, si se encuadra o no dentro de las normativas vigentes de certificación de discapacidad.
- *¿Dónde se tramita?*
 - Deben dirigirse, de acuerdo al domicilio que figura en el DNI, a la junta evaluadora correspondiente del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).

Certificado Único de Discapacidad (CUD)

Tramitarlo en el Servicio Nacional de Rehabilitación

Consulte cuál es la Junta Evaluadora para tramitar el Certificado de Discapacidad:

- Días y Horarios de Atención

Lunes a Viernes de 8 a 16hs.

- Centro de Atención Telefónica

0800-555-3472

- Correo Electrónico

info@snr.gov.ar

- Página Web

<http://www.snr.gov.ar>

CERTIFICADO N°:
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:
TIPO Y NRO. DOC.: **N° CUIT/CUIL:** **FINACIMIENTO:**

DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES:

ESTRUCTURAS CORPORALES:

ACTIVIDAD / PARTICIPACION:

FACTORES AMBIENTALES:

ORIENTACION PRESTACIONAL:

VENCIMIENTO:
El presente certificado tiene validez hasta el:

ACOMPASANTE:
"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicara que también se cubra al acompañante." **Acompañante:**

LUGAR Y FECHA DE EMISION:
Lugar: **Fecha emisión:**

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página Web: www.discapacidad.gov.ar

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:

APELLIDO	FECHA EMISION	FECHA VTO	ACOMPASANTE
NOMBRES	PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
TIPONRO DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO		
EMITIDO POR			

Vigencia del Certificado de Discapacidad

- Todos los Certificados de Discapacidad suelen tener un periodo de validez de 5 ó 10 años desde la fecha de su emisión.
- Cuando un afiliado desea tramitar una nueva prestación, es importante **controlar** cuál es la **fecha en la que entra en vigencia** y cuál es la **fecha en la que caduca el mismo**.
- Es conveniente, 3 meses antes de que caduque el Certificado de Discapacidad, recordarle al afiliado que debe solicitar un turno para renovarlo. Pedirle una fotocopia de la Constancia del Turno que le dieron.
- **¿Qué pasa si a un beneficiario se le vence el Certificado de Discapacidad?**
 - Deberán presentar **fotocopia del turno completo** para renovarlo, y posteriormente presentar el Certificado de Discapacidad Renovado. **Ambas cosas.**

Dependencia

- Se entiende por DEPENDENCIA a la situación de las personas que, debido a su tipo y grado de discapacidad, **REQUIEREN asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros** para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana: higiene, vestido, alimentación, deambulaci3n.
- Se reconocer3 un 35% adicional -sobre el valor del nomenclador- por cada persona discapacitada DEPENDIENTE atendida en las siguientes prestaciones:
 - Centro de D3a
 - Centro Educativo Terap3utico
 - Hogar
 - Hogar con Centro de D3a
 - Hogar con Centro Educativo Terap3utico
 - Transporte

Prestaciones Básicas

- Estimulación Temprana
- Prestaciones Educativas
 - Integración Escolar en Escuela Común
 - Escuelas Especiales
 - Formación Laboral
- Prestaciones Educativas Terapéuticas
 - Centros de Educación Terapéutica
 - Centros de Día
- Sistemas Alternativos al Grupo Familiar
 - Hogares
 - Hogares con Servicios Agregados
 - Residencias
 - Pequeños Hogares
- Terapias de Apoyo
- Transporte

Documentación que debe contener cada expediente

A series of horizontal lines in teal and light blue colors, with varying lengths and offsets, creating a modern, layered effect across the middle of the slide.

Documentación Común a todas las prestaciones

- Fotocopia del Certificado de Discapacidad
- Resumen de Historia Clínica
- Prescripción Médica
- Nota de Consentimiento Bilateral
- Presupuesto
 - Con fecha posterior a la orden médica y anterior al inicio de la prestación.*
- Documentación Respaldatoria de acuerdo a la Prestación
- Documentación Personal

Documentación Personal

- **Fotocopia de los DNI**
 - Del Titular de la Obra Social
 - Del Beneficiario de las Prestaciones
- **Fotocopia de las credenciales (carnet) de la Obra Social**
 - Del Titular de la Obra Social
 - Del Beneficiario de las Prestaciones
 - *No confundir con los carnet de afiliación al sindicato que no sirven*
- **Empleados en Relación de Dependencia**
 - Fotocopia del Último Recibo de Sueldo del Titular de la Obra Social
 - Certificado de Trabajo ORIGINAL del Titular de la Obra Social
- **Afiliados Monotributistas**
 - Fotocopias de los **últimos 6 pagos de Monotributo** anteriores al inicio de la prestación
 - Constancia de Opción/Inscripción en AFIP actualizada donde figure la categoría
 - Se descarga exclusivamente por Internet

Documentación Médica

- **Resumen de Historia Clínica** confeccionado por el médico tratante
 - Original
 - Con fecha anterior al inicio de la prestación
- **Prescripción Médica** confeccionada por el médico tratante **de la Obra Social**
 - Original
 - Con **nombre y apellido del beneficiario** y número de afiliado
 - Con **fecha anterior al inicio de la prestación**
 - Detallando **periodo de tratamiento**:
 - Ej.: Enero a Diciembre de 2012
 - *Siempre dentro del mismo año calendario.*
 - Particularidades según la prestación solicitada
(Se detalla más adelante)

Nota de Consentimiento Bilateral

- Debe renovarse semestralmente.
- Es una por cada prestación. La misma deberá contener:
 - Apellido y Nombre del beneficiario de las prestaciones
 - Prestación que están autorizando
 - Nombre del Profesional, Institución o Nombre del Transportista – según corresponda
 - Relación/Parentesco del Firmante con el beneficiario de las prestaciones
 - Firma, Aclaración y Número de Documento del autor de la nota
- Ejemplo:
 - Brindo mi consentimiento para que mi hijo/a reciba la prestación de brindada por

Firma Padre/Madre/Tutor
Aclaración
DNI

Firma del Profesional
Aclaración
DNI
Sello

Otras casos de notas manuscritas

- En el caso de cambiar de prestador
- En el caso de dar de baja a un prestador

Iguales requerimientos que la nota de conformidad

Estimulación Temprana

A series of horizontal lines in teal and light blue colors, with varying lengths and offsets, creating a modern, layered effect across the middle of the slide.

¿Qué se entiende por Estimulación Temprana?

- Consiste en la Atención Global del niño discapacitado a través de un grupo de técnicas para el **desarrollo de las capacidades y habilidades en la *primera infancia***, a los efectos de corregir trastornos reales o potenciales en su desarrollo o para estimular capacidades compensadoras.
- Puede brindarse **hasta los 4 años inclusive**.
 - Eventualmente hasta los 6 años.

¿Quiénes pueden Brindar Estimulación Temprana?

- Centros de Estimulación Temprana inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud únicamente.

Prescripción Médica

Debe Indicar:

- Prestación solicitada:
 - Estimulación Temprana
- Modalidad de Tratamiento
 - Deberá indicarse si se trata del **módulo (atención mínima de tres veces a la semana)** o, en caso de ser una carga horaria inferior, deberá detallar la carga horaria semanal/mensual de tratamiento.
- Periodo de Tratamiento

Prescripción Médica - Ejemplos

O.S.P.E.R. y H.R.A. 

Nombre y Apellido del Beneficiario:
Nº de Afiliado:

Rp./

Indico Estimulación Temprana (Módulo) por el periodo Marzo a Diciembre de 2012.

15/02/2012


Firma y Sello del Médico

O.S.P.E.R. y H.R.A. 

Nombre y Apellido del Beneficiario:
Nº de Afiliado:

Rp./

Indico Estimulación Temprana 2 horas por semana por el periodo Mayo a Diciembre de 2012.

27/04/2012


Firma y Sello del Médico

Presupuesto

- Original
- **Firmado por cada uno de los profesionales tratantes**
- Debe contener
 - Prestación a Brindar: Estimulación Temprana.
 - Carga Horaria Semanal/Mensual de la Prestación
 - Días y horarios de concurrencia a la prestación
 - Tiempo de Duración de las Sesiones
 - Periodo de Tratamiento
 - Arancel mensual
 - Datos de contacto del Prestador:
 - Dirección de Atención del Beneficiario
 - Teléfono y Mail de contacto

Documentación Respaldatoria

- **Informe unificado del abordaje interdisciplinario, firmado por cada uno de los profesionales tratantes.**
 - Debe incluir planificación conjunta, objetivos y evolución del tratamiento
- Fotocopia de la Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, habilitándolos específicamente como CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

Prestaciones Educativas

A series of horizontal lines in teal and white colors, of varying lengths, extending from the left edge of the slide towards the right, positioned below the title.

¿Qué se entiende por Prestación Educativa?

- **Son aquellas que desarrollan acciones de enseñanza-aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada por organismos oficiales competentes en la materia.**
- **Se cubrirán hasta once (11) meses - incluyendo el pago de la Matrícula.**
- **Educación Inicial**
 - Se brinda **desde los 3 años hasta los 6 años** inclusive.
- **Educación General Básica**
 - Se brinda **desde los 6 años hasta los 14 años** de edad aproximadamente.
 - En caso de no haber finalizado el ciclo educativo, puede extenderse -como máximo- hasta los 18 años inclusive.
- **Formación Laboral**
 - Puede brindarse un único Ciclo de Formación **entre los 14 y los 24 años** inclusive.
 - **Duración Máxima del Ciclo de Formación: 4 años.**
 - Personas con discapacidad adquirida entre los 24 y los 45 años pueden beneficiarse de un ciclo de Formación Laboral de 2 años de duración como máximo.

Prescripción Médica

Debe Indicar:

- Modalidad:
 - Educación Inicial - Escolaridad Pre-Primaria
 - Educación General Básica (EGB) – Escolaridad Primaria
 - Formación Laboral
- Jornada de Concurrencia
 - Jornada Simple
 - Jornada Doble
- Periodo de Tratamiento

Prescripción Médica - *Ejemplo*

O.S.P.E.R. y H.R.A. 	
<i>Nombre y Apellido del Beneficiario:</i> <i>Nº de Afiliado:</i>	
<u><i>Rp./</i></u>	
<i>Indico Formación Laboral en Doble Jornada periodo Febrero a Diciembre de 2012.</i>	
<i>31/01/2012</i>	 Firma y Sello del Médico

Presupuesto

Debe contener:

- Nombre y Apellido del Beneficiario.
- Número de Beneficiario.
- **Modalidad:**
 - Educación Inicial – Escolaridad Pre-Primaria
 - Educación General Básica (EGB) – Escolaridad Primaria
 - Formación Laboral
- **Jornada de Concurrencia**
 - Jornada Simple
 - Jornada Doble
- **Periodo de Tratamiento**
- **Categoría de la Institución**
- **Arancel Mensual**
- **Si se incluye el almuerzo y/o la colación diaria**
- Datos de contacto del Prestador:
 - Domicilio de Atención.
 - Teléfono y Mail.

El arancel del nomenclador correspondiente a jornada doble, INCLUYE EL ALMUERZO Y UNA COLACIÓN DIARIA. Cuando éstas no se brinden deben descontarse.

Documentación Respaldatoria

- **Plan de Estudios**
- Fotocopia de la Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR)
 - Debe entrar en vigencia antes del inicio de la prestación
 - Obs: Es importante leer siempre después del Dispone
- En caso de no poseer la Categorización del SNR se puede tomar la Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud hasta la fecha en la que caduca el mismo, posteriormente deberá presentar la **Categorización Definitiva** del SNR.

Prestaciones Terapéuticas Educativas

A series of horizontal lines in teal and white colors, of varying lengths, extending from the left edge of the slide towards the right, positioned below the title.

¿Qué se entiende por Prestaciones Terapéuticas Educativas?



- Están orientadas a personas discapacitadas que no se encuentran en condiciones psíquicas y/o físicas de acceder a un programa de educación sistemática, por lo que requieren un abordaje terapéutico.
- Se cubrirán hasta doce (12) meses
- **Centro Educativo Terapéutico**
 - Tiene como objeto transmitir conocimiento a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.
 - A partir de los 4 años y como máximo hasta los 24 años de edad.
- **Centro de Día**
 - Está destinado a personas con Discapacidad Severa o Profunda.

Prescripción Médica

Debe indicar:

- Modalidad:
 - Centro Educativo Terapéutico
 - Centro de Día
- Jornada de Concurrencia:
 - Jornada Simple
 - Jornada Doble
- Periodo de Tratamiento
- En caso de ser un paciente **DEPENDIENTE**, deberá estar indicado, y deberá llenar la escala FIM

Prescripción Médica - *Ejemplo*

O.S.P.E.R. y H.R.A. 	
<i>Nombre y Apellido del Beneficiario:</i>	
<i>Nº de Afiliado:</i>	
<u>Rp./</u>	
<i>Indico Centro de Día en Doble Jornada con Dependencia por el periodo Enero a Diciembre de 2012.</i>	
<i>17/12/2011</i>	<div> Firma y Sello del Médico</div>

Presupuesto

Debe contener:

- Nombre y Apellido del Beneficiario.
- Número de Beneficiario.
- **Modalidad:**
 - Centro Educativo Terapéutico
 - Centro de Día
- **Jornada de Concurrencia**
 - Jornada Simple
 - Jornada Doble
- **En caso de ser un paciente DEPENDIENTE, deberá estar indicado.**
- **Periodo de Tratamiento**
- **Categoría de la Institución.**
- **Arancel Mensual**
- **Si se incluye el almuerzo y/o la colación diaria**
- Datos de contacto del Prestador:
 - Domicilio de Atención.
 - Teléfono y Mail.

El arancel del nomenclador correspondiente a jornada doble, INCLUYE EL ALMUERZO Y UNA COLACIÓN DIARIA.

Cuando éstas no se brinden deben descontarse.

Documentación Respaldatoria

- **Plan de Estudios (en caso de corresponder)**
- **Plan de Trabajo (o Tratamiento)**
 - *En caso de ser un paciente DEPENDIENTE, deberán justificar qué incluye la dependencia que facturan.*
- **Objetivos**
- **Fotocopia de la Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR)**
 - Debe entrar en vigencia antes del inicio de la prestación
 - Obs: Es importante leer siempre después del Dispone
- *Si la institución cuenta con Dirección Médica - especialmente si se trata de un Centro de Día- la institución debe estar inscrita en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.*
- *Para poder renovar la inscripción en la SSS, deberán estar previamente categorizados por el SNR.*

Sistemas Alternativos al Grupo Familiar

A series of horizontal lines in teal and light blue colors, with varying lengths and offsets, creating a modern, layered effect across the width of the slide.

¿Qué se entiende por Sistemas Alternativos al Grupo Familiar?

Cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, podrá incorporarse en una de las siguientes modalidades:

- **Residencia**

- Orientado a personas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

- **Pequeño Hogar**

- Recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de menores

- **Hogar**

- Brindan cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada).
- Orientado a personas con Discapacidad y Nivel de Autovalimiento e independencia que requiera mayor grado de asistencia y protección.

- **Hogar con Servicios Agregados**



- con Centro Educativo Terapéutico
- con Centro de Día
- con Escolaridad Pre-Primaria
- con Escolaridad Primaria
- con Formación Laboral

Prescripción Médica

Debe indicar:

- **Periodicidad de Atención:**
 - Lunes a Viernes
 - Permanente
- **Modalidad:**
 - Hogar:
 - Sólo
 - Con Centro Educativo Terapéutico
 - Con Centro de Día
 - Con Formación Laboral
 - Con Escolaridad Pre-Primaria
 - Con Escolaridad Primaria
 - **En caso de ser un paciente DEPENDIENTE, deberá estar indicado, y deberá llenar la escala FIM**
 - Pequeño Hogar
 - Residencia
- Periodo de Tratamiento

Prescripción Médica - *Ejemplo*

O.S.P.E.R. y H.R.A. 	
<i>Nombre y Apellido del Beneficiario:</i> <i>Nº de Afiliado:</i>	
<u><i>Rp./</i></u>	
<i>Indico Hogar Alojamiento Permanente con Centro Educativo Terapéutico con Dependencia periodo Enero a Diciembre de 2012.</i>	
<i>17/12/2011</i>	 Firma y Sello del Médico

Presupuesto

Debe contener:

- Nombre y Apellido del Beneficiario.
- Número de Beneficiario.
- **Periodicidad de Atención:**
 - Lunes a Viernes
 - Permanente
- **Modalidad:**
 - Hogar:
 - Sólo
 - Con Centro Educativo Terapéutico
 - Con Centro de Día
 - Con Formación Laboral
 - Con Escolaridad Pre-Primaria
 - Con Escolaridad Primaria
 - **En caso de ser un paciente DEPENDIENTE, deberá estar indicado.**
 - Pequeño Hogar
 - Residencia
- **Periodo de Tratamiento**
- **Categoría de la Institución.**
- **Arancel Mensual**
- Datos de contacto del Prestador:
 - Domicilio de Atención.
 - Teléfono y Mail.

Documentación Respaldatoria

- INFORME SOCIO-AMBIENTAL
 - Debe estar firmado por:
 - Asistente Social o
 - Lic. en Trabajo Social
 - No puede estar emitido por la propia Institución
- Informes evolutivos semestrales
- Fotocopia de la Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR)
 - Debe entrar en vigencia antes del inicio de la prestación
 - Obs: Es importante leer siempre después del Dispone
- *Si la institución cuenta con Dirección Médica, deberá estar inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.*
- *Para poder renovar la inscripción en la SSS, deberán estar previamente categorizados por el SNR.*

Terapias de Apoyo

A series of horizontal lines in teal and light blue colors, of varying lengths, extending from the left edge of the slide towards the right, positioned below the title.

¿Qué se entiende por Terapias de Apoyo?

- Se trata de terapias que se brindan con el objeto de la adquisición y/o restauración de aptitudes, con el fin de alcanzar el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social.
- Pueden brindarse bajo dos modalidades diferentes:
 - **Prestación de Apoyo:**
 - Única terapia que actúa como refuerzo de una prestación principal.
 - Deben presentar **CERTIFICADO DE CONCURRENCIA** a dicha prestación principal *-del año en curso-*
 - Tope: 24hs mensuales.
 - **Atención Ambulatoria:**
 - Atención **Interdisciplinaria** entre varios profesionales de distintas especialidades.

Atención Ambulatoria

- ¿Quiénes pueden brindarla?
 - Centros de Rehabilitación categorizados por el Servicio Nacional de Rehabilitación e inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
 - Profesionales independientes coordinando entre ellos la metodología de atención del beneficiario.
- ¿Cómo se factura?
 - **Por Hora** si no se superan las 24 horas mensuales.
 - **Como Módulo** si se brindan entre 24 y 40 horas mensuales:
 - Módulo Integral Simple:
 - Periodicidades menores a 5 días semanales
 - Módulo Integral Intensivo:
 - Comprende semana completa (5 días o más a la semana)

Terapias de Apoyo

- Alternativas disponibles
 - Fonoaudiología
 - Kinesiología
 - Musicoterapia
 - Psicología
 - Psicomotricidad
 - Psicopedagogía
 - Terapia Ocupacional
 - Pedagogía Especializada
 - Pueden Brindarla profesionales con títulos con Orientación Pedagógica: Profesor de Educación Especial, Lic. en Ciencias de la Educación, entre otros.

Prescripción Médica

Debe Indicar:

- **Prestación a Brindar:**
 - Psicología
 - Psicopedagogía
 - Kinesiología
 - Psicomotricidad
 - Fonoaudiología
 - Terapia Ocupacional
 - Pedagogía Especializada
 - Musicoterapia
- **Frecuencia semanal o mensual de tratamiento**
- **Periodo de Tratamiento**


Prescripción Médica - *Ejemplo*

O.S.P.E.R. y H.R.A. 

Nombre y Apellido del Beneficiario:
Nº de Afiliado:

Rp./

*Indico Fonoaudiología 2 horas por semana
periodo Marzo a Diciembre de 2012.*



Firma y Sello
del Médico

15/02/2012

Presupuesto

- Original
- **Firmado** por el profesional tratante
- Debe contener
 - Nombre y Apellido del Beneficiario.
 - Número de Beneficiario.
 - **Prestación a Brindar:**
 - *Detalladas anteriormente en alternativas disponibles*
 - **Frecuencia semanal o mensual** de tratamiento
 - **Días y horarios de concurrencia a la prestación**
 - **Tiempo de Duración de las Sesiones**
 - **Periodo de Tratamiento**
 - **Valor de la sesión – según Nomenclador**
 - **Arancel mensual**
 - Datos de contacto del Prestador:
 - **Dirección de Atención del Beneficiario**
 - Teléfono y Mail de contacto

Documentación Respaldata

- **Plan de Trabajo** (o de Tratamiento) **firmado por el prestador.**
- **Objetivos.**
- Fotocopia de la **inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP)** en caso de corresponder.
Las únicas prestaciones que no llevan RNP son Pedagogía Especializada y Psicopedagogía.
- **Fotocopia del Título del Profesional.**
- Constancia de Inscripción/Opción de AFIP.
-Se descarga exclusivamente por Internet.
- **Aclaración:** Las terapias facturadas individualmente deben ser brindadas fuera del horario de la prestación principal.

Integración Escolar

A series of horizontal lines in teal and light blue colors, of varying lengths, extending from the left edge of the slide and positioned below the title.

¿Qué se entiende por Integración Escolar?

- Consiste en un Profesional o un Equipo Interdisciplinario que brindan un apoyo pedagógico al alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN**.
- Existen dos módulos diferenciados:
 - Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (Equipo).
 - Módulo Maestra de Apoyo:
 - Comprende de 8 a 20 horas semanales.
 - En caso de requerir una carga horaria inferior, se facturara por hora (el valor nunca puede superar al valor del módulo).

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar

¿Quiénes pueden brindarla/facturarla?

- Instituciones categorizadas por el SNR/SSS como ***Servicio de Apoyo a la Integración Escolar***.
 - *Se cubrirán hasta once (11) meses - incluyendo el pago de la Matrícula.*
- Equipos interdisciplinarios categorizados por el SNR.
 - *Se cubrirán hasta diez (10) meses.*
- Instituciones de Educación Especial
 - **Escuelas Especiales**
 - *Siempre y cuando la categoría no indique SIN INTEGRACIÓN.*
 - **Centros Educativos Terapéuticos con Integración Escolar.**
 - *Se cubrirán hasta once (11) meses - incluyendo el pago de la Matrícula.*

Módulo Maestra de Apoyo

¿Quiénes pueden brindarla?

- Profesionales con título habilitante con orientación pedagógica
 - Psicopedagogas / Lic. en Psicopedagogía.
 - Licenciado en Ciencias de la Educación.
 - Profesor de Educación Especial.
 - Si el afiliado posee una Discapacidad Sensorial
 - Profesora en Discapacitados Visuales
 - Profesora en Discapacitados de la Audición y el Lenguaje
 - Otro profesional acorde a la discapacidad
- *Se cubrirán hasta diez (10) meses.*

Prescripción Médica

Debe Indicar:

- Prestación solicitada:
 - **Maestro de Apoyo**
 - Deberá indicarse si se trata del módulo (de 8 a 20 hs semanales) o, en caso de ser una carga horaria inferior, deberá detallar la carga horaria semanal/mensual de tratamiento.
 - **Módulo de Apoyo a la Integración Escolar**
- Periodo de Tratamiento

Prescripción Médica - Ejemplos

O.S.P.E.R. y H.R.A. 

Nombre y Apellido del Beneficiario:
Nº de Afiliado:

Rp./

Indico Módulo de Apoyo a la Integración Escolar por el periodo Marzo a Diciembre de 2012.

15/02/2012


Firma y Sello
del Médico

O.S.P.E.R. y H.R.A. 

Nombre y Apellido del Beneficiario:
Nº de Afiliado:

Rp./

Indico Maestra de Apoyo 3 horas por semana por el periodo Mayo a Diciembre de 2012.

27/04/2012


Firma y Sello
del Médico

Presupuesto

- Original
- Firmado por el profesional tratante
- Debe contener
 - Prestación a Brindar:
 - **Maestro de Apoyo**
 - Deberá indicarse si se trata del módulo (de 8 a 20 hs semanales) o, en caso de ser una carga horaria inferior, deberá detallar la carga horaria semanal/mensual de tratamiento.
 - **Módulo de Apoyo a la Integración Escolar**
 - Periodo de Tratamiento
 - Días y horarios de concurrencia
 - Si se factura por hora, el valor de la hora según resolución
 - Arancel mensual
 - Teléfono y Mail de contacto del Prestador

Documentación Respaldatoria

- **Plan de Trabajo (o Tratamiento) – Proyecto de Integración**
- **Informe de Adaptaciones Curriculares con sus correspondientes áreas de abordajes**
- **Acta de acuerdo firmada con la escuela**
 - La misma debe estar firmada por el director de la escuela, la maestra de grado, el/la responsable de la integración y los padres del beneficiario.
- **Certificado de alumno regular de la escuela común ORIGINAL TODOS LOS MESES**
- **Maestro de Apoyo**
 - Fotocopia del Título del Profesional Tratante
- **Módulo de Apoyo a la Integración Escolar**
 - Fotocopia de la Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) o Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSS – según corresponda
 - Debe entrar en vigencia antes del inicio de la prestación
 - Obs: Es importante leer siempre después del Dispone

Transporte

A series of horizontal lines in teal and light blue colors, some solid and some dashed, extending across the bottom of the slide.


Transporte

- Consiste en el Traslado del beneficiario desde la residencia hasta el lugar de atención y viceversa.
- Se abonan la **cantidad de kilómetros puerta a puerta según valor del Nomenclador Nacional**.
- ¿Quiénes son los posibles beneficiarios del transporte?
 - Beneficiarios que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transporte público.
- Beneficiarios que requieran asistencia de terceros para su movilización y/o traslados se consideran DEPENDIENTES y se les reconoce un 35% adicional sobre el arancel del nomenclador.

Prescripción Médica

- El médico deberá completar **tres formularios**:
 - **Indicación Médica**
 - **Planilla Solicitud de Transporte**
 - **Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)**
- La indicación médica debe contener:
 - Lugar de Origen del Beneficiario
 - Lugar de Destino del Beneficiario
 - En caso de ser un paciente **DEPENDIENTE**, deberá estar indicado.
 - Periodo de Tratamiento
- **Planilla Solicitud de Transporte:**
 - El médico deberá completarla justificando los motivos por los que el afiliado no puede movilizarse en Transporte Público.
 - En caso de ser un paciente **DEPENDIENTE**, deberá estar indicado.


Prescripción Médica - Ejemplos

O.S.P.E.R. y H.R.A. 

Nombre y Apellido del Beneficiario:
Nº de Afiliado:

Rp./

Indico Transporte Especial con dependencia desde su domicilio hasta la Escuela Especial Nº X y el regreso a su domicilio por el periodo Marzo a Diciembre de 2012.



Firma y Sello del Médico

15/02/2012

O.S.P.E.R. y H.R.A. 

Nombre y Apellido del Beneficiario:
Nº de Afiliado:

Rp./

Indico Transporte Especial con dependencia desde su domicilio hasta la terapia fonoaudiológica y el regreso a su domicilio dos veces por semana por el periodo Mayo a Diciembre de 2012.



Firma y Sello del Médico

27/04/2012

Planilla Solicitud de Transporte

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Fecha:

Nombre y Apellido Beneficiario:

D.N.I.-LE-CI-LC:

Actividad Laboral de los Padres:

Padre:

Turno Horario:

Madre:

Turno Horario:

Hermanos: Actividad:

Turno Horario:

Diagnóstico:

(*) DSM IV – CIE X:

Deficiencia:

Justificación Médica de la Solicitud de Transporte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma Médico

Médico Auditor del Agente del Seguro:

Firma Médico Auditor

(*) Consignar los Ejes.

- Contiene **datos familiares** que deberá completar el titular de la obra social.
- Hay datos que deberá completar el médico:
 - Diagnóstico
 - DSM IV – CIE X
 - Deficiencia
 - Justificación Médica de la Solicitud de Transporte

Presupuesto

Debe contener:

- **Direcciones de origen y de destino del traslado**
- Detalle de la Prestación a la que concurre
 - Si se trata de una escuela o institución, debe aclarar el nombre de la misma
 - Si concurre a una terapia de apoyo, que aclare si se trata de Fonoaudiología, Psicología, ...
- **Cantidad de kilómetros** recorridos **por viaje**, por día, por semana y **por mes**.
- Si se trata de un paciente **DEPENDIENTE**, debe estar aclarado.
- Periodo de Cobertura
- Teléfono y Mail de contacto del Transportista

Documentación Respaldatoria

- Habilidad y Seguro del Transporte
- Constancia de Inscripción/Opción de AFIP
-Se descarga exclusivamente por Internet-
- **Constancia de Concurrencia** a la prestación para la cual se requiere el traslado

Registro Nacional de Prestadores

A series of horizontal lines of varying lengths and colors (teal, light blue, and white) extending from the left edge of the slide towards the right, positioned below the title.

Registro Nacional de Prestadores

- El Registro Nacional de Prestadores de Servicios se ocupa de la inscripción, permanencia y baja de las instituciones que brindan prestaciones a personas con discapacidad. Asimismo, constan en él las re-categorizaciones o modificaciones de cupo o nivel de riesgo asignado a los prestadores.
- Se entiende por categorización de establecimientos al procedimiento de clasificación de los prestadores, conforme criterios preestablecidos que tienen en cuenta la discapacidad a tratar, las prestaciones que éstas requieren, y fundamentalmente los recursos necesarios para poder efectivizarlas.
- La categorización implica, entonces, que un Órgano estatal con competencia para ello ha evaluado al prestador de acuerdo a los **estándares mínimos de calidad** de atención que permiten considerar que la Institución se encuentra en condiciones de brindar las prestaciones del Sistema creado por [Ley N° 24.901](#).
- **La inscripción les permite a las instituciones formar parte del Sistema Único de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, facturar sus prestaciones de conformidad con el nomenclador vigente para ellas y celebrar en ese marco contratos con las Obras Sociales Nacionales u otros obligados a financiar las prestaciones**

Registro Nacional de Prestadores de la SSS - Profesionales -

En él deben inscribirse los prestadores de las siguientes profesiones

- Psicología
- Kinesiología
- Fonoaudiología
- Terapia Ocupacional
- Musicoterapia
- Psicomotricidad, sólo si cuentan con:
 1. Cursos de posgrado o capacitación específica en salud con reconocimiento oficial, en universidades o institutos de educación superior acreditados, con una duración mínima de dos años o 200 horas presenciales;
 2. Residencias o concurrencias en establecimientos sanitarios públicos, por un período no menor a dos años;
 3. Desempeño profesional en un establecimiento sanitario público, por un plazo de dos años o más;
 4. Matriculación profesional del Ministerio de Salud de la jurisdicción.

RNP Profesionales - *Ejemplo*

			
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación		SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	
		Gerencia de Control Prestacional	
Registro Nacional de Prestadores		Ley Nº 23.661	
Certificado de Inscripción de Profesionales			
APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL			
<div>DNI CUIT:</div>		<div>Nº:</div>	
<div>Profesión: Fonoaudiólogo/a</div>		<div>Matricula(s)</div>	
<div>Especialidad: -----</div>		<div>Nacional:</div>	
<div>Válido hasta: 26 de Diciembre de 2010</div>		<div>Provincia: Capital Federal</div>	
		<div>DR. RICARDO N. LARA Gerente de Control Prestacional Superintendencia de Servicios de Salud</div>	
		<div>Gerencia de Control Prestacional Superintendencia de Servicios de Salud</div>	

El presente Certificado carecerá de validez en caso de contener tachaduras o enmiendas.

Título Profesional

República Argentina
Universidad del Salvador

El Rector de la Universidad y la Decana de la Facultad de
Psicología y Psicopedagogía

Por cuanto:

natural de Buenos Aires ha terminado el 27
de noviembre de 2007 los estudios correspondientes a la carrera de:
Psicología.

Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes
en esta Universidad le acordamos el presente título de

Licenciado en Psicología.

Buenos Aires, 7 de febrero de 2008

Juan C. Min
Rector

Decana General




[Signature]
Secretaría Académica

[Signature]
Graduado

Registro Nacional de Prestadores de la SSS - Instituciones -

- Instituciones:
 - Todas aquellas que cuentan con Dirección Médica
 - Fundamentalmente los que brinden:
 - Estimulación Temprana
 - Servicio de Rehabilitación Nivel I, II ó III
 - La inscripción cuenta con un periodo de vigencia -usualmente 5 años- y luego deben renovarla.

Registro Nacional de Prestadores de la SSS - Instituciones -

 Ministerio de Salud y ambiente	 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD GERENCIA DE ASUNTOS JURÍDICOS Registro Nacional de Prestadores Certificado de Inscripción de Establecimientos Asistenciales y Ambulatorios		
<u>Expediente</u>	<u>Disposición</u>	<u>Fecha inscripción</u>	<u>Vando hasta</u>
	/2008	23/01/2008	09/02/2012
<u>Razón social</u>	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		
<u>Calle</u>	<u>Nro</u>	<u>CP</u>	
<u>Localidad</u>	<u>Provincia:</u>		
<u>Cuit</u>	<u>Director médico</u>		
	<u>Director técnico</u>		
	<u>Representante leg</u>		
	 Dr. Horacio Agustín Ballesteros Gerente de Asuntos Jurídicos Superintendencia de Servicios de Salud		

ESTE CUADRO SÓLO NO ALCANZA. NO DICE PARA QUÉ MODALIDAD ESTÁN CATEGORIZADOS.

Ministerio de Salud de la Nación
Superintendencia de Servicios de Salud



RESOLUCION 214/01 SSS

Conste por el presente que la Institución con los siguientes datos:

DENOMINACION:

C.U.I.T.: NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Domicilio:

Localidad:

Provincia: BUENOS AIRES

Se encuentra incorporada al REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD (Resolución N° 213/01-SSSalud y sus modificatorias).

Modalidad Prestacional (*)	Categoría (*)	Cupo (*)
Hogar (Modalidad de Concurrencia de lunes a viernes y permanente)	A	17
Centro de Día (Modalidad de Concurrencia en Jornada Simple y Doble)	A	40

LUGAR: Buenos Aires

FECHA:

09 FEB 2007

FIRMA:

DR. JUAN CARLOS BIANI
Gerente de Control Prestacional
Superintendencia de Servicios de Salud

La presente se expide con vigencia hasta por el término de cinco (5) años.-

(*) Información proveniente del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

DR. JUAN CARLOS BIANI
Gerente de Control Prestacional
Superintendencia de Servicios de Salud



Ministerio de Salud de la Nación
Superintendencia de Servicios de Salud

2011 "Año de trabajo decente, la Salud y
Seguridad de los Trabajadores"

Buenos Aires,

FECHA EN LA QUE ENTRA EN VIGENCIA

VISTO la solicitud presentada por el Expediente N° _____, S.S.Salud,
para su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores; y

CONSIDERANDO

Que, se han dado cumplimiento a los requisitos establecidos en la
Resolución N° 789/09-Anexo I-M.S.-

Por e. o.,

EL GERENTE DE LA GERENCIA DE ASUNTOS JURÍDICOS

DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

DISPONE:

ARTÍCULO 1°.- Apruébase la inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE
PRESTADORES como CENTRO DE DÍA, CON CATEGORÍA DEFINITIVA "B", CON
UN CUPO DE VEINTE (20) CONCURRENTES, CON UNA MODALIDAD DE
CONCURRENCIA EN JORNADA SIMPLE Y DOBLE, al establecimiento denominado
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN con domicilio en DOMICILIO, de la
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, propiedad de

C.U.I.T. N° : ; con vigencia por el término de cinco (5) años
partir de la fecha de la presente Disposición.

ARTÍCULO 2°.- La Dirección Médica se encuentra a cargo de la DRA. I

DIRECTOR MÉDICO, inscrita en éste Registro con el n° MATRÍCULA
inscripción válida hasta el 26 de Noviembre de 2015.

Se informa a los responsable del establecimiento que la renovación de la inscripción
del Director Médico, cuyo vencimiento opere dentro del término establecido en el
Artículo 1° de la presente, será de exclusiva responsabilidad de los mismos y que
cualquier cambio en las condiciones establecidas para el registro debe ser notificado a
la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIO DE SALUD en el plazo de diez (10) días.

ARTÍCULO 3 °.- Regístrese, notifíquese al interesado, y cumplido, archívese.-

DISPOSICIÓN N° N° DISPOSICIÓN

SG

[Firma]

[Firma]



/07

Ministerio de Salud de la Nación
Superintendencia de Servicios de Salud



Buenos Aires,

09 FEB 2007

VISTO la solicitud presentada por el Expediente N° 113.04700-S.S.Salud, para su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores; y

CONSIDERANDO:

Que, por Disposición N° 1296/01-G.C.P.-S.S.Salud, de fecha 25 de Septiembre de 2001, se aprobó la inscripción ante el Registro Nacional de Prestadores, dando cumplimiento a lo dispuesto por las Resoluciones Nros. 213/01-S.S.Salud, 214/01-S.S.Salud y 312/01-S.S.Salud, al

propiedad de la razón social
C.U.I.T. N° con domicilio en la calle de la
localidad de Provincia de Buenos Aires, bajo las modalidades
prestacionales de Centro de Día, Categoría A, con un cupo para treinta (30) y Hogar
con Centro de Día, Categoría A, con un cupo para veintiún (21) concurrentes, por el
término de dos (2) a partir de la fecha de la emisión de la citada Disposición.-

Que, por Disposición N° de fecha 13 de Febrero de 2003, del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción para la Persona con Discapacidad con Discapacidad se procedió a la Recategorización del citado establecimiento bajo la modalidad de Hogar y Centro de Día con un cupo para diecisiete (17) y cuarenta (40) concurrentes respectivamente, con una modalidad de concurrencia de lunes a viernes y permanente para el Hogar y en Jornada Simple y doble para el Centro de Día.-

Que, virtud de la Resolución N° 568/03-S.S.Salud, se ha establecido que los Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad cuyas inscripciones caduquen en el presente año o se encuentren dentro del período de dos años desde la última inscripción, conservan su vigencia, y se extienden de pleno derecho hasta el vencimiento de un período de cinco años.-

Que, conforme la Resolución N° 524/06-S.S.Salud, los prestadores que atienden a personas con discapacidad deberán iniciar los trámites de reinscripción ante esta Superintendencia de Servicios de Salud, con los alcances establecidos en la citada Resolución.-

Que se ha dado cumplimiento a lo dispuesto por las Resoluciones N° 213/01-S.S.Salud; 214/01-S.S.Salud, 312/01-S.S.Salud y 524/06-S.S.Salud.-

Por ello,

DR. JUAN CARLOS BIANI
Gerente de Control Prestacional
Superintendencia de Servicios de Salud



/07

Ministerio de Salud de la Nación
Superintendencia de Servicios de Salud



EL GERENTE DE LA GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL
DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

DISPONE:

ARTICULO 1°.- Inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores con vigencia por el término de cinco (5) años a partir de la fecha de la presente Disposición, al NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, cuya

razón social se encuentra a nombre de
con domicilio legal en la calle
Buenos Aires y domicilio real en la calle

C.U.I.T. N°:
de la Ciudad Autónoma de
de la localidad de
Provincia de Buenos Aires, bajo la Categoría Definitiva A;
encuadrándose la atención recategorizada para el citado establecimiento bajo la
modalidad de Hogar y de Centro de Día con un cupo para diecisiete (17) y cuarenta
(40) concurrentes respectivamente, con una modalidad de concurrencia de lunes a
viernes y permanente para el Hogar y en Jornada Simple y Doble para el Centro de
Día.-

ARTICULO 2°.- Regístrese, comuníquese a quienes corresponda cumplido archívese.-

DR. JUAN CARLOS BIANI
Gerente de Control Prestacional
Superintendencia de Servicios de Salud

Registro Nacional de Prestadores del SNR

- Deben inscribirse todos los prestadores que deseen celebrar contratos con las Obras Sociales:
 - Escolaridad Pre-Primaria
 - Escolaridad Primaria
 - Formación Laboral
 - Centro Educativo Terapéutico
 - Centro de Día
 - Hogar
 - Hogar con Servicios Agregados
 - **Una vez que una institución es categorizada por el SNR, la resolución expedida por el mismo NO CADUCA (normalmente)**



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

BUENOS AIRES, 05 ABR. 2011

VISTO el Expediente N° 1-2002-4300004512/04-9 y la Disposición N° 1 fecha 27 de diciembre de 2005 del Registro de este SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Disposición N° 1716, de fecha 27 de diciembre de 2005 entonces Director del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, dispuso la categorización e inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE INSTITUCIÓN, en la modalidad prestacional Centro de Día.

Que se le otorgó en tal oportunidad, la Categoría "B" en la modalidad prestacional Centro de Día, con un cupo para veinte (20) asistidos en Simple y Doble.

Que la Institución de la NOMBRE INSTITUCIÓN cuenta con legal en la calle, Planta Baja Departamento "A" y real e

Código Postal 1426, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Que el día 29 de diciembre de 2008, la mencionada Institución recategorización de la modalidad prestacional Centro de Día, por ampliación oportunamente otorgado.

Que a tal efecto, la Institución presentó documentación en oportunidades, no cumplimentando con la totalidad de los requisitos exigidos por la normativa vigente.

Que por lo tanto se dispuso la realización de una Auditoría de Control que se llevó a cabo el día 07 de abril de 2010.

Que en el Acta labrada en tal oportunidad constan las falencias que presentaba la institución al momento de ser auditada, habiéndose procedido a notificar al Representante Legal del Establecimiento.

Que la mencionada Auditoría se llevo a cabo en virtud de las facultades conferidas por el artículo 6° del Decreto N° 1193/98, por medio del cual le corresponde al Servicio Nacional de Rehabilitación ejercer el poder de policía para verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos para determinar la permanencia o baja de las instituciones que han ingresado al Registro Nacional de Prestadores.

Que conforme a dicha facultad, las Auditorías de Control o inducidas no son informadas al prestador con anterioridad a su realización.

Que se procedió a la evaluación de los antecedentes del servicio de la mencionada institución según el MARCO BÁSICO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE PRESTACIONES Y ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD aprobado por Resolución Ministerial N° 1328/06.

Que se utilizaron las Guías de Evaluación Institucional aprobadas por Resolución N° 14/00 del PRESIDENTE DEL DIRECTORIO DEL SISTEMA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PDSPBAIPD), las que obran en el expediente.

Que merituando la constatación en terreno y la documentación aportada por la institución - en reiteradas oportunidades - es que la Junta Evaluadora efectuó los Informes que hacen a su competencia el 14 de abril, 17 de mayo, 23 de agosto, 17 de septiembre y 4 de octubre de 2010 en los que concluyó que la Institución, en ese momento, no se encontraba en condiciones de permanecer en el Registro Nacional de Prestadores, por no reunir los requisitos sustantivos de carácter excluyentes exigidos por la normativa vigente.

Que con posterioridad, la Institución ingresa documentación la cual fue evaluada por las áreas técnicas competentes concluyendo, en el informe de fecha 30 de noviembre de 2010, que se consideraba pertinente la realización de una

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signatures and initials]



"2011 - Año del Trabajo Decente, la Salud y la Seguridad de los Trabajadores"

Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Secretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

nueva auditoría a los efectos de constatar en terreno las manifestaciones vertidas en las actuaciones con la realidad institucional.

Que, en efecto, estos actos permiten a la autoridad competente, esto es, este Organismo a través de los miembros de las Juntas Evaluadoras, contrastar las manifestaciones vertidas en las actuaciones con la realidad institucional.

Que la realización de la misma se llevó adelante teniendo en cuenta el principio de verdad objetiva o material por el cual la Administración debe requerir y producir los informes necesarios para el esclarecimiento de los hechos y de la verdad jurídica objetiva.

Que por tal motivo, el 4 de enero de 2011 se llevó a cabo una nueva Auditoría en terreno, obrando agregada al expediente el Acta respectiva.

Que en dicha oportunidad se procedió a la evaluación de los antecedentes de los servicios de la mencionada Institución según la Resolución Ministerial N° 1328/06 y utilizando las Guías de Evaluación Institucional aprobadas por Resolución N° 14/00, las que obran en el expediente.

Que merituando la constatación en terreno y la documentación aportada, la Junta Evaluadora en el informe del 11 de enero de 2011 concluye que la Institución de la NOMBRE INSTITUCIÓN se encuentra en condiciones de recategorizar en la modalidad prestacional de Centro de Día bajo la Categoría "A", con un cupo para setenta y tres (73) asistidos en Jornada Simple y/o Doble.

Que obra agregada en el expediente la Declaración Jurada de población asistida realizada por el Instituto, conforme el Punto 7.2.1 Anexo II de la Resolución N° 100/07 del PDSPBAIPD.

Que obra agregado al expediente el formulario de constancia de recategorización, cumplimentando el Punto 7.2.2 Anexo II de la precitada Resolución.

Que la DIRECCION DE ASUNTOS JURÍDICOS del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta por aplicación del artículo 1º, inciso f), apartado 3) de la Ley N° 19.549, Ley Nacional de Procedimientos Administrativos y en virtud de las



"2011 - Año del Trabajo Decente, la Salud y la Seguridad de los Trabajadores"

Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Secretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

facultades conferidas al SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION por el artículo 6º del Decreto N° 1193/98, Decreto N° 703/95, Decreto N° 1460/96, Decreto N° 106/05 y Decreto N° 627/10.

Por ello,

LA DIRECTORA DEL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

DISPONE:

ARTICULO 1º.- Recategorizase a la Institución de la NOMBRE INSTITUCIÓN, C.U.I.T. N° , con domicilio legal en la calle , Planta Baja, Departamento "A" y real en la calle , Código Postal Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la modalidad prestacional Centro de Día.

ARTICULO 2º.- Encuádrase la atención brindada por el citado establecimiento bajo la modalidad de Centro de Día, Categoría "A", con un cupo para setenta y tres (73) asistidos en Jornada Simple y/o Doble.

ARTICULO 3º.- Reinscríbese a la Institución de la NOMBRE INSTITUCIÓN en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

ARTICULO 4º.- Regístrese, notifíquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y cumplido archívese.-

DISPOSICIÓN N°

NO TIENE VENCIMIENTO

DR. CARLOS CHIVERA ROULET
DIRECTORA
SERVICIO NACIONAL
DE REHABILITACIÓN

Aranceles del Nomenclador

Según Res. 1685/2012

-en vigencia desde el 01 de Octubre del 2012-

Valores según Nomenclador

- **Prestaciones de Apoyo**
 - Hora \$123,40
- **Transporte**
 - Km. \$4,40
- **Estimulación Temprana**
 - Módulo \$1.885,82
 - Hora \$123,40
- **Maestro de Apoyo**
 - Módulo \$2.832,56
 - Hora \$111,17
- **Apoyo a la Integración Escolar (Equipo)**
 - Módulo \$4.248,84

El arancel del nomenclador correspondiente a JORNADA DOBLE, INCLUYE EL ALMUERZO Y UNA COLACIÓN DIARIA. Cuando éstas no se brinden deben descontarse.

Requisitos de Facturación

A series of horizontal lines in teal and light blue colors, of varying lengths, extending from the left edge of the slide towards the right, positioned below the title.

Requisitos de Facturación

- Deberán presentar una **FACTURA ORIGINAL** por cada afiliado **MENSUALMENTE**
- Facturación emitida a Nombre de: OSPERyHRA
- Domicilio: Sarmiento 2040
- IVA: Exento
- CUIT: 30 -59 54 59 56 -3
- En el detalle debe contener:
 - Apellido y Nombre del Beneficiario de la Prestación
 - N° de Afiliado
 - Periodo que facturan (Ej: Abril 2012)
 - Particularidades según la prestación a facturar
(Se detalla más adelante)

¡Importante!

- Para todas las facturas, ya sean tipo «B» o «C», deberán presentar recibo cancelatorio tipo «X» como comprobante de recepción de pago.

Requisitos de Facturación

- **Transporte**

- Direcciones de Origen y Destino
- Cantidad de Kilómetros por Viaje, Diarios y Mensuales
- Cantidad de Viajes Mensuales
- Valor del km
- En caso de ser un paciente **DEPENDIENTE**, deberá estar indicado.
- Planilla de traslado

- **Terapias de Apoyo**

- Terapia que facturan (Ej: Psicología, Fonoaudiología, ...)
- Cantidad de Horas brindadas en el Mes
- Valor de la Sesión
- Domicilio de atención del beneficiario
- Planilla de Asistencia a Prestaciones

- **Instituciones**

- Modalidad
- Jornada de Concurrencia
- Categoría
- En caso de ser un paciente **DEPENDIENTE**, deberá estar indicado.

¡Importante!

- Deben presentar certificado de alumno regular ORIGINAL todos los meses