

ALTA SUBSIDIO: www.socaya.org.ar/ospic/

-Certificado de Discapacidad vigente

- 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.

- NO será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad.

-Historia clínica-Detallando el tratamiento.

-Recibo de sueldo.

-DNI.

-Ordenes médicas acorde a las prestaciones solicitadas. (Debe indicar DNI, nombre completo, obra social, prestación solicitada: periodo de inicio y finalización, diagnóstico, fecha, firma y sello del profesional).

ALTA, MODIFICACIÓN Y/O RENOVACIÓN DE PRESTACIONES: Apoyo a la Integración Escolar y Maestro de Apoyo

Periodo de solicitud: Prestación Educativa - Año calendario –

- Apoyo a la Integración Escolar (AIE) – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin.

- Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** 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.

- Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:

- Instituciones categorizadas para la modalidad AIE.

- CET con Integración Escolar.

- Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial / Pre primaria y Educación General Básica / Primaria.

- Maestro de Apoyo – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

- Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales 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 acordes a la discapacidad del beneficiario, preferentemente con formación docente o psicopedagogo.

- El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Documentación para Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo Solicitud

- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante – Año calendario
- Resumen de Historia Clínica, firmada por el médico tratante
- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor
- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.
- CONSTANCIA DE MATRICULACION Y/O ALUMNO REGULAR (debe indicar el número de CUE).
- Presupuesto prestacional.
- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). En caso de haber algún cambio en la facturación, deberá comunicarse a la Obra social.
- Plan de abordaje individual: con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional / equipo tratante.
- En el caso del Apoyo a la Integración Escolar: dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de

las Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad (SNR /ANDIS).

- En el caso de Maestro de Apoyo: título habilitante y certificado analítico de materias.
- Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo correspondiente (debe indicar el número de CUE).
- Acta Acuerdo firmada por familiar responsable / tutor, directivo de la escuela y profesional / equipo tratante.

– Terapias Ambulatorias

Periodo de solicitud: **hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

- Prestaciones de Apoyo– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Se entiende por prestaciones de apoyo a aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal (se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria, Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo y Transporte Especial).

- El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.

- Carga horaria mínima por sesión: **45 minutos.**

Documentación para Terapias Ambulatorias

- Resumen de Historia Clínica, firmado por el médico tratante.

- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante. – Año aniversario

- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor

- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una **nueva prestación**, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

- Informe evolutivo de la prestación: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.

- Presupuesto prestacional.

- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada).

- Plan de abordaje individual: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención.

- RNP / Título habilitante:

- **Prestación brindada por instituciones:** constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud (RNP).

- **Prestación brindada por profesionales:** título habilitante. Los kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, musicoterapeutas y terapeutas ocupacionales, así como los psicopedagogos y psicomotricistas egresados de una universidad, deberán además remitir la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP).

- **Prestación brindada por profesionales que conforman una Sociedad de Hecho:** constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud (RNP) de dicha Sociedad.

- **Otras Prestaciones (excluye Transporte)**

- **Hospital de Día– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Periodo de solicitud: **hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

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.

- **Estimulación Temprana– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Periodo de solicitud: **hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

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 beneficiarios de **1 a 4 años** de edad cronológica y eventualmente hasta los 6 años.

- Carga horaria mínima por sesión: **45 minutos.**

- **Educación Inicial / Escolaridad Pre-Primaria– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Periodo de solicitud: **Prestación Educativa - Año calendario –**

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.

- **Educación Gral Básica / Escolaridad Primaria –(Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Periodo de solicitud: **Prestación Educativa - Año calendario –**

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.

- **Formación Laboral – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Periodo de solicitud: **Prestación Educativa - Año calendario –**

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.

- Centro Educativo Terapéutico – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: **hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

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 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.

- Centro de Día – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: **hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

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

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

– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: **hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

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 descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

Se requiere:

- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante y 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.

- Informe Socio-ambiental: que avale la necesidad del módulo Hogar, confeccionado por Trabajador Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

- Internación en Rehabilitación– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Periodo de solicitud: **hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

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.

Documentación para Otras Prestaciones

- Resumen de Historia Clínica, firmado por el médico tratante.
- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante y adecuadamente fundamentada.
- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor
- **Informe de evaluación inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una **nueva prestación**, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- **Informe evolutivo de la prestación:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención.
- Presupuesto prestacional.
- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada).
- Informe confeccionado por trabajador social – Hogares
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud (RNP) o SNR/ANDIS según corresponda
- Dependencia - se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. En Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.
- **TRANSPORTE – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)**
Periodo de solicitud:
 - **TRANSPORTE A INSTITUCION EDUCATIVA: Año Calendario**
 - **TRANSPORTE A OTRAS INSTITUCIONES: Hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**
 - **TRANSPORTE A TRATAMIENTOS: Hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

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 24.314, art 22 inc a).**

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

-La autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georreferenciación utilizado, y será abonada por mes entero. Dicha prestación, considerada modular. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo los días del receso invernal.

- La cobertura se brindará hasta un total de 1500 km mensuales, entre todos los destinos

Documentación para Transporte Especial

- Resumen de Historia Clínica, firmado por el médico tratante.

- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante.

- Conformidad del transporte firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor

- Certificación del domicilio del beneficiario, emitido por autoridad competente.

- Presupuesto con el diagrama de los traslados, indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje y constancia del programa de georreferenciación que acredite la distancia recorrida.

- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada).

Habilitación y/o póliza vigente donde conste que el vehículo está habilitado para el transporte de pasajeros (**no** uso particular), licencia de conducir y Verificación Técnica Vehicular.

- En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

SEGUIMIENTO SEMESTRAL

- A los 6 meses de iniciada la prestación, se debe adjuntar un “Informe de seguimiento semestral” de la prestación brindada, confeccionado por el profesional o institución tratante. Ante esta presentación se prorrogará la autorización oportunamente emitida.

- Para el caso de continuidad de Transporte, se debe adjuntar el “Informe de seguimiento semestral” correspondiente a la prestación destinataria del traslado.

Presupuesto Instituciones Educativas

Fecha de emisión:

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación): Lugar de retiro de AD:

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

N° CUIT:

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto Conv. Multilat Exento

N° IIBB:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período Ciclo Lectivo:

Matricula anual: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

Consentimiento

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

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

Anexo 8.3 Presupuesto Instituciones

Fecha de emisión:

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación): Lugar de retiro de AD:

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

N° CUIT:

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto Conv. Multilat Exento

N° IIBB:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

Consentimiento

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

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

Presupuesto Instituciones

Fecha de emisión:

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación): Lugar de retiro de AD:

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

N° CUIT:

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto Conv. Multilat Exento

N° IIBB:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

Consentimiento

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

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento:

Presupuesto Tratamientos / Maestra de Apoyo

Fecha de emisión:

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación): Lugar de retiro de AD:

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

N° CUIT:

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto Conv. Multilat Exento

N° IIBB:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Prestación / Especialidad:

Período: Cantidad de sesiones mensuales:

Monto Sesión: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma Responsable

Aclaración

Consentimiento

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

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____