

CARTILLA DISCAPACIDAD

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley Nº 24.901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por Resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

Procedimientos para acceder a la cobertura

Tanto los beneficiarios como los profesionales del área, deberán dirigirse a la sede de la calle Dorrego 1734 en el horario de 10 a 16 hs. a fin de retirar el **instructivo correspondiente y los formularios necesarios para solicitar la autorización de la prestación, así como los listados de profesionales y centros habilitados** para llevar adelante la misma.

Asimismo queda habilitado el correo electrónico:

dtodiscapacidad@gmail.com

y la línea directa de whatsapp

223-4393420

para toda comunicación directa entre la Obra Social y los beneficiarios y prestadores, y a través del cual se informará toda modificación que surja en el futuro en cuanto al contenido u operatividad de esta cartilla.

COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2024-2025

Tratamientos de Rehabilitación/ Habilidadación

Instructivo para Beneficiarios.

IMPORTANTE

En caso de inicio, ampliación, modificación de tratamientos individuales y/o institucionales, solo podrán comenzar los tratamientos prescritos si tienen la autorización emitida por la Obra Social, luego de haber presentado la documentación completa a los fines de la auditoria por parte del Equipo Interdisciplinario.

Solo se recibirán trámites con la documentación completa según el presente instructivo. Se deberá presentar el esquema terapéutico completo para su evaluación por el Equipo Interdisciplinario.

Toda la documentación requerida por el departamento de discapacidad se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones de la normativa vigente de la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

La cobertura por discapacidad se otorgará a partir del año de vida.

Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación.

En concordancia con lo sugerido por la Superintendencia de Servicios de Salud, el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social tendrá la potestad, si correspondiera, de realizar evaluaciones de seguimiento sobre los tratamientos autorizados.

REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO.

Se deberá reunir la siguiente documentación:

- **Fotocopia del Certificado de Discapacidad** vigente, emitido por autoridad competente. Si dicho certificado venciera en el transcurso del año 2024, la cobertura se otorgará hasta la fecha de vencimiento del mismo, debiendo el afiliado presentar la renovación del certificado a fin de poder dar continuidad a la cobertura de prestaciones.
- **Constancia de Alumno Regular Original** de la escuela a la que asista, indicando turno y grado en el que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela, domicilio y teléfono. **El mismo debe incluir el CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos.** Deberá ser presentado dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo
- **Afiliados en Relación de Dependencia:** último recibo de haberes.
- **Afiliados Monotributistas:** fotocopia de los últimos 6 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo se recuerda que los pagos mensuales del monotributo deben estar al día.
- **Declaración Jurada de Afiliaciones** (Ver Anexo 1)
- **Constancia de su inclusión en el PADRON DE BENEFICIARIOS (del afiliado que recibe el tratamiento) de la Superintendencia de Servicios de Salud,** en donde figure O.S.PREN como única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la siguiente página Web: www.argentina.gob.ar/sssalud accediendo a Consultas web/ padrón de beneficiarios/ acceso público e ingresando los datos del beneficiario.
- **Planilla de conformidad,** el titular del grupo familiar deberá completar el modelo que se adjunta detallando la prestación o las prestaciones que se han solicitado y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD
- **Cronograma de horarios semanal del beneficiario:** Deberá ser completado y firmado por el afiliado titular donde se detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individual) que realice. (Ver Anexo 3)

REQUERIMIENTOS PARA EL MEDICO QUE PRESCRIBE

Resumen de Historia Clínica:

- Debe estar redactada por el profesional médico responsable del seguimiento y contener diagnóstico, descripción del estado actual, evolución y tratamiento/s que recibe.
- Debe estar firmada por el profesional con su sello correspondiente.
- Debe ser original.

Prescripción Médica:

- Debe presentarse en recetario aparte de la historia clínica. Una nota individual por cada prescripción.
- Debe indicar vigencia 2025 (desde y hasta que mes se solicita)
- Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea individual o institucional, detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones semanales.
- En caso de tratamiento institucional, indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).
- Si se prescribe transporte, tomar en cuenta que el mismo se contempla para aquellos discapacitados que presenten minusvalías motoras, visuales, psicosis y/o autismo.

En caso de otras patologías se deberá efectuar una justificación del mismo quedando su otorgamiento a consideración de la Auditoría Médica en Discapacidad de la Obra Social.

Toda enmienda, tachadura o agregado debe estar salvada con firma y sello del médico.

TANTO EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMO LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEBEN TENER FECHA ANTERIOR AL PRESUPUESTO Y AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

Todas las indicaciones deben estar realizadas por el mismo médico tratante. (Médico responsable, de cabecera, de seguimiento), aclarando teléfono y correo electrónico de contacto.

REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

- **Nota de Consentimiento del afiliado titular:** La nota de consentimiento deberá ser firmada por titular del grupo familiar y por el profesional o institución que realice la prestación. – se adjuntan modelos-

PRESTADOR:

- **Plan de abordaje individual** donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención, etc.
- **Presupuesto** Deberá especificar días y horarios de atención (se adjuntan modelos).
- **Informe:**
 - En el caso que la prestación sea **NUEVA** se deberá presentar **Informe de Evaluación Inicial** donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
 - En caso que la prestación sea **CONTINUIDAD:** se deberá presentar **Informe Evolutivo** del tratamiento brindado, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- **Instituciones/ Profesionales:** Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- **Instituciones:** Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente
- **Título habilitante** para los profesionales registrados por la SSSalud que no cuenten con RNP.
- **Constancia de CUIT.**
- En caso de que el profesional/ institución se presenten por primera vez en la obra social, deberá presentar adjuntar también sus datos de contacto – mail y teléfonos – constancias de Afip e Ing Brutos y constancia de CBU bancario donde desee que se le realicen los pagos por transferencia.

En caso de las prestaciones de Rehabilitación que conforman los Módulo Integral Intensivo, Módulo Integral Simple, Prestaciones de apoyo, las mismas quedan supeditadas a disposiciones emitidas por la Superintendencia de Servicios de Salud quien eventualmente puedan modificarla

En caso de solicitar **Apoyo a la Integración Escolar** (Equipo o Maestro de Apoyo), es imprescindible presentar:

- Constancia de alumno regular.
- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia.
- Acta acuerdo firmada en original por un representante del equipo de la Integración Escolar o por profesional a cargo del tratamiento, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el afiliado titular de la Obra Social.

Podrán brindar **Apoyo a la Integración Escolar**

- Instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar

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

- Profesionales Psicopedagogos, Profesor en Educación Especial, Lic. en Ciencias de la Educación o Psicólogos.
El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Solo podrá modularse cuando se brinde un mínimo de:

- 32hs / mes para instituciones.
- 24hs/mes para profesionales individuales.

En los casos en que se solicite MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO con una carga horaria menor a 6 horas semanales se deberá extender un presupuesto por valor hora.

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA LOS AFILIADOS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES. SIN EXCEPCIÓN.

En caso de solicitar **Estimulación Temprana** podrá ser brindada solo por:

- Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditado para tal fin.

Los pedidos de rehabilitación en agua se contemplarán exclusivamente en los siguientes casos:

- ***Kinesiología en agua***, si el profesional que brinda la prestación es kinesiólogo
- ***Psicomotricidad en agua***, si el profesional tratante es psicomotricista
- ***Rehabilitación o terapia en agua***, si el tratamiento se lleva a cabo en instituciones categorizadas para dicho tratamiento o bajo la coordinación de un médico fisiatra.

Los mismos deben ser solicitados por el médico tratante y los profesionales contar con la correspondiente inscripción en el **Registro Nacional de Prestadores**

IMPORTANTE:

ES REQUISITO SIN EXCEPCION QUE SEMESTRALMENTE SE PRESENTEN LOS INFORMES DE EVOLUCIÓN EN ACUERDO A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL PROYECTO DE TRABAJO. (JUNIO Y DICIEMBRE)

REQUERIMIENTOS PARA TRANSPORTE

Se dará cobertura de transporte para aquellos afiliados que presenten cuadro de minusvalía visual, motora, psicosis y / o autismo y además no deberán poseer vehículos con franquicia por discapacidad.

Deberán presentar la siguiente documentación:

- Orden del médico tratante en su recetario.
- Nota de consentimiento de traslado firmada por el afiliado o titular.
- Formulario de declaración jurada de posesión de vehículos con franquicia por discapacidad (Ver Anexo 2).
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) en caso de dependencia elaborada por Terapeuta Ocupacional y que deberá contener firma y sello del profesional y del médico prescribiente. (Res 1731/2021)
- Formulario de Traslados indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación -se adjunta modelo-

La coincidencia de días y horarios entre lo indicado por el profesional en el presupuesto y lo expresado en las planillas correspondientes es condición para su autorización.

En caso de solicitar transporte a escuela común, centros de rehabilitación, Centros de día público, etc. se deberá adjuntar la Constancia de Alumno Regular o Constancia de Asistencia a dicha institución para acreditar dicha concurrencia.

La cobertura del transporte en forma total o parcial será una decisión de la Obra Social a través de la evaluación del caso por el equipo interdisciplinario y la auditoría médica en Discapacidad.

Dependencia: Se considera en los casos que el transportista deba realizar tareas de asistencia para subir o bajar del transporte. En caso de corresponder deberá presentarse 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. (Res 1731/2021).

CAMBIO DE PRESTADOR

En el caso que se realice un cambio de prestador de los tratamientos ya autorizados se deberá presentar la siguiente documentación:

- **El Afiliado Titular deberá presentar nota** detallando los motivos de dicho cambio, y los periodos trabajados por cada uno de las instituciones /profesionales, indicando nombre y apellido de los mismos. Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.
- Planilla de conformidad del nuevo prestador firmado por el afiliado o titular y por el nuevo prestador.
- Plan de abordaje individual donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención.
- Presupuesto –de acuerdo a modelo adjunto- y nuevo Cronograma horario semanal de todas las actividades (Anexo 3)
- Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- En caso de que el profesional/ institución se presenten por primera vez en la obra social, deberá presentar adjuntar también sus datos de contacto – mail y teléfonos – constancias de Afip e Ing Brutos y constancia de CBU bancario donde desee que se le realicen los pagos por transferencia.

Si la prestación que se modifica corresponde a maestro de apoyo o apoyo a la integración escolar, también deberán presentar:

- Acta acuerdo entre la nueva institución o maestra de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la Obra Social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la Integración. Deberá ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo
- Módulo de apoyo a la integración: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.
- Módulo de maestra/o de apoyo: Título habilitante y Certificado analítico de materias.

Baja de Prestador: El Afiliado Titular deberá presentar nota detallando los motivos de la baja e indicando desde que fecha se hace efectiva.

PRESENTACIÓN Y PAGO DE LAS FACTURAS DE SUBSIDIOS APROBADOS

Lineamientos generales:

* Sólo se recibirá **facturación de prestaciones autorizadas** previamente por la obra social y deberá estar acompañada indefectiblemente por el **bono de autorización** (que deberá ser solicitado al afiliado beneficiario o a la Delegación correspondiente), **planilla de asistencia y dos copias de las facturas.**

* Los prestadores deberán presentar las facturas, **INDEFECTIBLEMENTE** a mes vencido en la Mesa de Entradas de la Obra Social o bien en el Buzón de Recepción instalado en la delegación del puerto del **1º al 10º día hábil del mes siguiente**, a fin de que las mismas puedan ser presentadas a la Superintendencia de Servicios de Salud para su aprobación y subsidio.

Pasado este plazo se tomará como “presentación fuera de término” y su presentación pasará a conformar parte de las presentaciones del mes subsiguiente.

EN CASO DE QUE EL PROFESIONAL SE DEMORE EN REALIZAR LA PRESENTACIÓN, EL PAGO SUFRIRÁ DEMORAS EN SU LIQUIDACIÓN.

SOLO SE RECONOCERÁ FACTURACIÓN RETROACTIVA A 2 (DOS) MESES DEL MES CALENDARIO EN CURSO.

ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PRESTADOR ENTREGAR LAS FACTURAS EN CONDICIONES DE SER LIQUIDADAS.

Quienes presenten factura B deberán entregar en Tesorería el correspondiente recibo. El mismo, deberán presentarlo una vez acreditado el pago SIN EXCEPCIÓN.

* Se deberá confeccionar **una factura por beneficiario**, período y autorización.

* La modalidad de pago de la Obra Social para Instituciones y Profesionales es mediante **transferencia** bancaria y para ello deberán presentar constancia del CBU de cuenta bancaria propia, inscripción en AFIP e Ingresos Brutos actualizada. Asimismo (en caso que corresponda) los certificados de Exención (Impuesto a las Ganancias, Ingresos Brutos, etc.)

Confección de factura y Requisitos fiscales:

La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP, a saber:

Las facturas deberán contener:

- Fecha de emisión (debe ser posterior al mes de prestación brindada)
- Razón Social: Obra Social del Personal de Prensa de Mar del Plata.
- Domicilio: Dorrego 1734, Ciudad de Mar del Plata.
- CUIT :30-63659504-3
- Condición IVA: Exento.
- Tipo de prestación brindada según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad
- Modalidad: indicar si es Jornada simple o doble, categoría del establecimiento e indicar si es con o sin dependencia.
- En el caso de especialidades: cantidad de sesiones y valor unitario. En el caso de presentar facturación por módulos, deberán detallarse las prestaciones y sesiones que lo conforman
- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.
- Mes y año de la prestación.
- Nombre y apellido del beneficiario y número de afiliado.

ANEXO 1

Mar del Plata,...../..... /.....

Declaro bajo juramento que mi hija/o _____

Con DNI N° _____, no se encuentra actualmente afiliado a otro Agente del Seguro de Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria de mi hija/o dentro de las 72hs. De producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importará el derecho de esta obra social a disponer la baja inmediata de la afiliación de mi hijo/a; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la obra social por la atención del mismo.

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

Documento N°: _____

ANEXO 2

Mar del Plata,...../..... /.....

Obra Social de Prensa.

Gerencia de Prestaciones Médicas:

Por medio de la presente informo (bajo declaración jurada) que no poseo vehículo registrado a mi nombre obtenido con la franquicia que se otorga a personas con Discapacidad.

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

Documento N°: _____

ANEXO 3

Mar del Plata,...../..... /.....

CRONOGRAMA DE HORARIOS SEMANAL ESCUELA-TRANSPORTE-TERAPIAS

Indicar el horario de las actividades diarias (incluyendo horario de colegio, integración escolar, maestra de apoyo y terapias, como así también si tiene transporte, con distancia y tiempo de viaje hacia las terapias).

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
7HS						
8HS						
9HS						
10HS						
11HS						
12HS						
13HS						
14HS						
15HS						
16HS						
17HS						
18HS						
19HS						

Firma del padre/tutor _____

**Maestro de apoyo individual
Para la integración escolar**

Presupuesto

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión..... Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: N° DNI.....
N° Beneficiario/CUIL.....

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad: **Maestro de apoyo para la integración escolar**

Periodo: Desde..... Hasta..... Año.....

Cantidad de horas mensuales Monto mensual \$.....

Datos del prestador

Nombre.....
Domicilio.....
Localidad..... Provincia.....
Teléfono Email.....
CUIT N°..... Condición frente al IVA.....
Cheque a la orden de.....

Cronograma de Actividad Aulica (Maestra de Apoyo)

Institución en al que se brindara la prestación – Escuela.....
Sito en la Calle..... N°..... de la ciudad de.....

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello

Del profesional.....

.....

.....

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

**Equipo de apoyo / Institución
Para la integración escolar**

Presupuesto

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión..... Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: N° DNI

N° Beneficiario/CUIL

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad: **Equipo de apoyo para la integración escolar**

Periodo: Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto mensual \$

Datos del prestador

Nombre.....

Domicilio.....

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

Teléfono Email.....

CUIT N° Condición frente al IVA.....

Actividad Aulica

Institución en la que se brindara la prestación – Escuela.....

Sito en la Calle..... N°..... de la ciudad de.....

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Actividad Extra Aulica

Conformación del equipo profesional interviniente:

1. Nombre Y Apellido.....

Título profesional:

Objetivo de la Intervención:

.....

.....

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias Profesionales Individuales

Presupuesto

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión..... Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: N° DNI

N° Beneficiario/CUIL

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad:

Periodo: Desde Hasta Año

Cantidad de sesiones semanales y mensuales Monto por sesión \$ Monto mensual \$

Datos del prestador

Nombre y Apellido/ Razón Social.....

Domicilio REAL donde se brindara la prestación.....

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

Teléfono Email.....

CUIT N° Condición frente al IVA.....

Cronograma de Asistencia

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello

Del Representante del Equipo

.....
.....

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión..... Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: Nº DNI.....

Nº Beneficiario/CUIL.....

Datos de la prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Tipo de jornada a realizar – Simple ☐ Doble ☐ Reducida ☐ Permanente ☐ Categoría A ☐ B ☐ C ☐

Incluye almuerzo – Sí ☐ No ☐ Incluye Dependencia – Sí ☐ No ☐

Monto Mensual \$..... Periodo: Desde..... Hasta..... Año.....

Datos del prestador

Nombre y Apellido/ Razón Social.....

Domicilio **REAL** donde se brindara la prestación.....

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

Teléfono..... Email.....

CUIT Nº..... Condición frente al IVA.....

Cronograma de Asistencia

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello

Del Representante del Equipo.....

.....

.....

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

Planilla de Asistencia

A Tratamiento – 20.....

Adjuntar este Documento en “original” junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del Prestador.....

Domicilio real donde se realiza la prestación:

Dejo constancia que el Afiliado.....

Ha concurrido a Tratamiento de.....Durante el mes de.....20.....

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

Firma y Sello del Profesional Tratante.....

Firma del Titular o Tutor.....

Aclaración.....

Nº DNI.....

Firma y sello del Director
Institucional.....

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada tratamiento que realice el Afiliado, y 1 (una) por cada mes.

Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas

Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril)= 2 Planillas

Consentimiento de Traslados

Mar del Plata,...../..... /.....

Nombre y apellido.....

Obra Social..... N° Beneficiario.....

DNI.....Edad.....

Por la presente doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el **TRASLADO a:**

.....
.....

Cantidad de KM diarios:.....Mensuales.....

El mismo se realiza a cargo de:.....

Dependencia: SI NO.....Periodo:.....

Manifiesto conocer las normas del mismo y estar satisfecho/a con las explicaciones que me han brindado.

.....

Firma del Padre/ Madre o Tutor:

Aclaración:.....

DNI:.....

Presupuesto Transporte

Fecha de emisión: _____

Nombre y Apellido: _____ Beneficiario: _____

DNI: _____ Afiliado N°: _____

Prestación/Especialidad: _____

Período: _____ 2020

Lugar de partida: _____

Lugar de Destino: _____

Traslado _____ dependencia

Km. Diarios según Google Maps: _____

Km. Mensuales: _____

Viajes Mensuales _____

Monto del Km.: _____

Monto mensual del Km.: _____

No se acepta recorrido mínimo de KM por viaje – Las faltas se tomaran como tal, descontándolo en la facturación-

Prestador:

Domicilio:

Compañía de seguro:

Teléfono:

CUIT:

Condición frente al IVA:

Ing. Brutos:

Número reg. Prestador:

Firma y Sello

Plan de tratamiento instituciones

Consentimiento

Lugar y fecha de emisión:.....

Razón social del prestador:.....

Domicilio de atención:

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

Nombre beneficiario:

DNI:

PRESTACIONES A BRINDAR (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Tipo de jornada (simple o doble): Dependencia (s/n):

Matrícula (\$): Monto mensual (\$):

Categoría:

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
HORARIO	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

Observaciones

Firma y aclaración del responsable de la institución.....

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto
precedentemente al Beneficiario _____

Firma y aclaración beneficiario o representante _____

DNI _____

Lugar y fecha de consentimiento _____

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Plan de tratamiento especialidades individuales

Consentimiento

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad/Provincia:Teléfono:

Nombre beneficiario: DNI:

Prestación/especialidad (según mecanismo integración)	Cantidad sesiones	Monto sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS HORARIO	lunes DE / A	martes DE / A	miércoles DE / A	jueves DE / A	viernes DE / A
ESPECIALIDAD					
ESPECIALIDAD					

Observaciones

Firma y aclaración del responsable de la institución.....

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto
precedentemente al Beneficiario _____

Firma y aclaración beneficiario o representante _____

DNI _____

Lugar y fecha de consentimiento _____

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Valoración de Escala FIM

Nombre:
Edad:
N° beneficiario:

D.N.I.:
Institución:

Actividad		Puntaje
AUTOCUIDADO		
1	Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse inferiormente (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso de baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agente necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
MOVILIDAD		
TRANSFERENCIA		
9	Transferencias de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama, y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN		

12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
CONEXIÓN		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y /o rostros familiares)	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Puntaje

Independiente

- 7 Independiente total
- 6 Independiente con adaptaciones dependiente
- 5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)
- 4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)
- 3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)
- 2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)
- 1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Todos los ítems se deben calificar.

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita 2 ayudantes se califica con un 1.

Equipo Evaluador:

Fecha:

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Recomendaciones generales

IMPORTANTE

- ❖ Todo PRESUPUESTO DEBE SER PRESENTADO EN EL MODELO ADJUNTO QUE CORRESPONDA.
- ❖ Para solicitar cobertura por la Ora Social se deberá presentar toda la documentación solicitada EN FORMA CONJUNTA.
- ❖ No se recibirán entregas parciales y que no cumplan con los requisitos solicitados a excepción de:
 - Certificado de Alumno Regular correspondiente al ciclo lectivo 2025 que deberá presentar antes del 30/03/2025
 - Acta y el Proyecto de Integración podrán presentarse hasta el 30/03/2025
- ❖ Toda planilla a completar por el médico tratante, padre, madre o tutor debe confeccionarse con la **misma letra y tinta negra**, sin enmiendas ni tachaduras (de no ser así será motivo de rechazo). Así mismo solo un medico deberá confeccionar todas las planillas que le correspondan
- ❖ En ningún caso LA RECEPCION DE LA DOCUMENTACION SIGNIFICARÁ AUTORIZACION DE LA COBERTURA SOLICITADA.
La misma se tendrá por autorizada, con la emisión de la correspondiente autorización emitida por la Obra Social y conformada por el profesional interviniente.
- ❖ Si las prestaciones serán brindadas desde el mes de enero, deberá presentar la carpeta durante el mes de diciembre o bien durante los primeros días de enero. De esta manera se evitarán demoras en la gestión de la autorización de las prestaciones.

Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura cuando el profesional o la institución no se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Documentación

ACLARACIONES PRELIMINARES:

El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta neta responsabilidad del prestador y NO OBLIGA a la OS a cubrir las prestaciones.

Todos los formularios que se presenten deberán poseer FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

Debe existir total coincidencia entre prestaciones (incluida cantidad de sesiones) presupuestadas y las indicadas por el médico tratante.

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 DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD NI OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR DICHAS PRESTACIONES SIN EL PREVIO ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA.

En algunos casos si fuera necesario el área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

En las especialidades de psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, rehabilitación, etc. Se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 50 minutos, por lo cual no podrá facturarse más de una sesión aduciendo que se prolonga más allá del tiempo mencionado.

No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

En los casos en los que se produzca (por diferentes circunstancias) un cambio de profesional actuante, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, nota formal explicando los motivos del cambio.

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

- Informe del profesional o institución, que incluya objetivos de tratamiento y evolución del caso. Los mismos deberán estar avalados por evaluaciones formales donde consten: nivel cognitivo,

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

desarrollo madurativo, habilidades lingüísticas en los distintos planos del lenguaje, habilidades auditivas, resultados de la evaluación psicodiagnóstica, según corresponda.

- Consentimiento informado (modelo adjunto)
- Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación con su respectiva categorización.
- Título habilitante en los casos de profesionales individuales con certificaciones ministeriales.
Constancia de AFIP
- Constancia de ARBA
- Constancia de CBU
- Habilitación correspondiente
- Seguro vigente

Todo presupuesto se tendrá por aprobado cuando medie conformidad emitida por la Obra Social, la cual deberá contener el consentimiento de ambas partes.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Integración escolar

(Equipo o maestro de apoyo)

Solo podrá modularse cuando se brinde un mínimo de:

- 32hs / mes para instituciones.

-24hs/mes para profesionales individuales.

-en los casos en que se solicite MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO con una carga horaria menor a 6 horas semanales se deberá extender un presupuesto por valor hora.

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

(Además de la documentación legal detalle en párrafos anteriores)

- Acta Acuerdo (se adjunta modelo): la misma deberá ser firmada por las tres partes, titular de la Obra Social, escuela común y maestra integradora o institución que cede a la profesional.
Fecha tope de presentación 30/03/2025.

- Proyecto de Integración: debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos y debe estar firmado por la profesional independiente que realizar la integración y/o la institución que cede a la maestra integradora.

- Consentimiento Informado (se adjunta modelo).

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN

(SÓLO SI SE SOLICITA LA PRESTACIÓN)

La Institución/Equipo _____

se compromete a realizar la integración del/la niño/a _____

bajo la responsabilidad de la Maestra Integradora: _____

LUGAR DONDE SE REALIZA LA INTEGRACIÓN: _____

DÍAS de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: _____

HORARIO de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: _____

DÍAS de concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: _____

HORARIO concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: _____

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y consentimiento a los _____ días del mes de _____ de 20__

Firma y sello

Establecimiento Educativo Común

Firma y sello

Equipo/Maestro de apoyo

Firma y Aclaración

Titular de la Obra Social

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

POR FAVOR COMPLETAR TODAS LAS FIRMAS

Facturación

IMPORTANTE

LAS FACTURAS DEBERÁN SER PRESENTADAS DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES DEL MES POSTERIOR AL FACTURADO ADJUNTANDO PLANILLA DE ASISTENCIA O CONFORMIDAD DE TRASLADOS (se adjuntan modelos). CASO CONTRARIO DEBERÁN SER PRESENTADAS AL MES SIGUIENTE.

EN CASO QUE EL PROFESIONAL SE DEMORE EN LA PRESENTACIÓN, EL PAGO SUFRIRÁ DEMORAS EN SU LIQUIDACIÓN. SOLO SE RECONOCERÁ FACTURACIÓN RETROACTIVA A 2 (DOS) MESES DEL MES CALENDARIO EN CURSO.

ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PRESTADOR ENTREGAR LAS FACTURAS EN CONDICIONES DE SER LIQUIDADAS.

Aquellos proveedores que presenten factura B deberán entregar en Tesorería el correspondiente recibo. El mismo, deberán presentarlo una vez acreditado el pago **SIN EXCEPCIÓN**.

La factura debe ser emitida SÓLO a nombre de la Obra Social completando n° de CUIT y domicilio firmada por el profesional.

La facturación de todas las prestaciones se presenta a mes vencido (fin del mes trabajado).

Confección de las Facturas

Profesionales / Instituciones: (según corresponda)

- Debe especificar denominación y n° de CUIT de la obra social correspondiente:

OSPREN – CUIT 30-6365954-3 (IVA exento)

- Debe especificar el tipo de prestación brindada no el tipo de abordaje (Ej. Psicología, Fonoaudiología y no tratamiento cognitivo conductual).
- Cantidad de sesiones / tipo de jornada / módulo (integración, etc.). CATEGORÍA según SSS (instituciones)
- Importe unitario de la sesión / del módulo / jornada (para instituciones).

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

- Indicar porcentaje de dependencia en el caso que corresponda.
- Período de prestación.
- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (nombre y apellido completo y DNI)

Modalidad de Cobro

Vía transferencia bancaria: los prestadores deben presentar el formulario de CBU junto con la primera factura adjuntando un comprobante impreso que pueden obtener a través del cajero automático en el cual reconfirmen el número CBU.

Si el prestador desea conocer las normas de facturación para prestaciones de discapacidad, puede solicitarlas a administracion@mutualamcoop.com.ar

Recibos

Deberán estar emitidos por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido a la obra social y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha de recibo

-Número completo de factura que cancela- Emitido a nombre de OSPREN
CUIT 30-63659504-3

-Detalle de pago por transferencia y fecha de la transferencia

-Total del recibo (verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido)

-Firma y aclaración del prestador o su representante

En caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.

El no cumplimiento ocasionará demoras en pagos posteriores hasta tanto no se complete este requisito.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

**Maestro de apoyo
Para la integración escolar**

Presupuesto

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión.....Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: N° DNI.....
N° Beneficiario/CUIL.....

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad: **Maestro de apoyo para la integración escolar**

Periodo: Desde..... Hasta..... Año.....

Cantidad de horas mensuales Monto mensual \$.....

Datos del prestador

Nombre.....
Domicilio.....
Localidad..... Provincia.....
Teléfono Email.....
CUIT N° Condición frente al IVA.....
Cheque a la orden de.....

Cronograma de Actividad Aulica (Maestra de Apoyo)

Institución en al que se brindara la prestación – Escuela.....
Sito en la Calle..... N°..... de la ciudad de.....

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello
Del profesional.....

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

Equipo de apoyo Para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión.....Fecha: ... /... /.....

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: Nº DNI _____
Nº Beneficiario/CUIL _____

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad: **Equipo de apoyo para la integración escolar**

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____
Año _____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual \$ _____

Datos del prestador

Nombre.....
Domicilio.....
Localidad..... Provincia.....
Teléfono _____ Email.....
CUIT Nº _____ Condición frente al IVA.....
Cheque a la orden de.....

Actividad Aulica

Institución en al que se brindara la prestación – Escuela.....
Sito en la Calle..... Nº..... de la ciudad de.....

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Actividad Extra Aulica

Conformación del equipo profesional interviniente:

1. Nombre Y

Apellido.....

Título profesional:

Objetivo de la Intervención:

.....
.....

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

Equipo de apoyo

Para la integración escolar

Presupuesto

2. Nombre Y

Apellido.....

Título profesional:

Objetivo de la Intervención:

.....
.....

3. Nombre Y

Apellido.....

Título profesional:

Objetivo de la Intervención:

.....
.....

Domicilio real donde se brindara la prestación, sito en la CalleNº

De la ciudad de.....

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Firma, Aclaración y Sello
del Representante del Equipo _____

Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Profesionales Individuales

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión.....Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: Nº DNI _____
Nº Beneficiario/CUIL _____

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad:

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de sesiones semanales y mensuales _____ Monto por sesión \$ _____ Monto mensual \$ _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido/ Razón Social.....

Domicilio REAL donde se brindara la prestación.....

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

Teléfono _____ Email.....

CUIT Nº _____ Condición frente al IVA.....

Cheque a la orden de.....

Cronograma de Asistencia

Días y Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
-------	--------	-----------	--------	---------	--------

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello

Del Representante del Equipo_____

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitaciones - Instituciones

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión.....Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: N° DNI _____

N° Beneficiario/CUIL _____

El niño/a concurre a las terapias acompañado por.....
(Indicar parentesco)

Datos de la prestación

Prestación/ Especialidad: **Maestro de apoyo para la integración escolar**

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de sesiones semanales y mensuales _____ Monto por sesión \$ _____ Monto mensual \$ _____

Valor del Módulo \$ _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido/ Razón Social.....

Domicilio REAL donde se brindara la prestación.....

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

Teléfono _____ Email.....

CUIT N° _____ Condición frente al IVA.....

Cheque a la orden de.....

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

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												
Terapia												
Terapia												

Firma, Aclaración y Sello
Del Representante del Equipo_____

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión..... Fecha: / /

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: Nº DNI.....
Nº Beneficiario/CUIL.....

Datos de la prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Tipo de jornada a realizar – Simple ☐ Doble ☐ Reducida ☐ Permanente ☐ Categoría A ☐ B ☐ C ☐

Incluye almuerzo – Sí ☐ No ☐ Incluye Dependencia – Sí ☐ No ☐

Monto Mensual \$..... Periodo: Desde..... Hasta..... Año.....

Datos del prestador

Nombre y Apellido/ Razón Social.....

Domicilio REAL donde se brindara la prestación.....

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

Teléfono..... Email.....

CUIT Nº..... Condición frente al IVA.....

Cheque a la orden de.....

Cronograma de Asistencia

Días y Horarios

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello
Del Representante del Equipo.....

.....
.....

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones Decretos
que emanen del Ministerio de Salud”

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Planilla de Asistencia

A Tratamiento – 20.....

Adjuntar este Documento en “original” junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del Prestador.....

Domicilio real donde se realiza la prestación:

Dejo constancia que el Afiliado.....

Ha concurrido a Tratamiento de.....Durante el mes de.....20.....

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORAS INGRESO	HORAS EGRESO	FIRMA TIULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

Firma y Sello del Profesional Tratante_____

Firma del Titular o Tutor_____

Aclaración_____

Nº DNI _____

Firma y sello del Director
Institucional_____

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada tratamiento que realice el Afiliado, y 1 (una) por cada mes.

Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril)= 2 Planillas

Consentimiento Unilateral

Mar del Plata,...../...../.....

Nombre y apellido.....

Obra Social..... Nº Beneficiario.....

DNI.....

Edad.....

Por la presente doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el **TRASLADO a:**

.....

.....

Cantidad de KM diarios:.....Mensuales.....

El mismo se realiza a cargo de:.....

Dependencia: SI NO.....Periodo:.....

Manifiesto conocer las normas del mismo y estar satisfecho/a con las explicaciones que me han brindado.

.....

Firma del Padre/ Madre o Tutor:

Aclaración:.....

DNI:.....

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Presupuesto Transporte

Fecha de emisión: _____

Nombre y Apellido: _____ Beneficiario: _____

DNI: _____ Afiliado N°: _____

Prestación/Especialidad: _____

Período: _____ 2022

Lugar de partida: _____

Lugar de Destino: _____

Traslado _____ dependencia

Km. Diarios según Google Maps: _____

Km. Mensuales: _____

Viajes Mensuales _____

Monto del Km.: _____

Monto mensual del Km.: _____

No se acepta recorrido mínimo de KM por viaje – Las faltas se tomaran como tal, descontándolo en la facturación-

Prestador:

Domicilio:

Compañía de seguro:

Teléfono:

CUIT:

Condición frente al IVA:

Ing. Brutos:

Número reg. Prestador:

Firma y Sello

Plan de tratamiento instituciones**Consentimiento**

Lugar y fecha de emisión:.....

Razón social del prestador:.....

Domicilio de atención:

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

Nombre beneficiario:

DNI:

PRESTACIONES A BRINDAR (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Tipo de jornada (simple o doble): Dependencia (s/n):

Matrícula (\$): Monto mensual (\$):

Categoría:

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
HORARIO	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

Observaciones

Firma y aclaración del responsable de la institución:.....

CONSENTIMIENTO

*Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones
descrito precedentemente al Beneficiario* _____

DNI _____

Firma y aclaración beneficiario o representante:.....

DNI.....

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Lugar y fecha de consentimiento

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Plan de tratamiento especialidades individuales ***Consentimiento***

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad/Provincia:Teléfono:

Nombre beneficiario: DNI:

Prestación/especialidad (según mecanismo integración)	Cantidad sesiones	Monto sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS HORARIO	lunes DE / A	martes DE / A	miércoles DE / A	jueves DE / A	viernes DE / A
ESPECIALIDAD					
ESPECIALIDAD					

Observaciones

Firma y aclaración del responsable de la prestación

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario _____

DNI_____

Firma y aclaración beneficiario o representante.....

DNI.....

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Lugar y fecha de consentimiento

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Valoración de Escala FIM

Nombre:
Edad:
N° beneficiario:

D.N.I.:
Institución:

Actividad		Puntaje
AUTOCAUIDADO		
1	Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse inferiormente (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso de baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agente necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
MOVILIDAD		
TRANSFERENCIA		
9	Transferencias de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama, y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de	

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

	la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
CONEXIÓN		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y /o rostros familiares)	
	PUNTAJE FIM TOTAL	

Puntaje

Independiente

- 7 Independiente total**
- 6 Independiente con adaptaciones dependiente**
- 5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)**
- 4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)**
- 3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)**
- 2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)**
- 1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)**

Todos los ítems se deben calificar.

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita 2 ayudantes se califica con un 1.

Equipo Evaluador:

Fecha:

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

Consentimiento Unilateral

Mar del Plata,...../..... /.....

Nombre y apellido.....

Obra Social..... Nº Beneficiario.....

DNI.....

Edad.....

Por la presente doy mi consentimiento para que se realice el tratamiento / la prestación

de:.....

.....

A cargo de:.....

Manifiesto conocer las normas del mismo y estar satisfecho/a con las explicaciones que me han
brindado.

Periodo:

.....

Firma del Padre/ Madre o Tutor:

Aclaración:.....

DNI:.....

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024-2025

- Profesionales/Instituciones -

LISTADO DE PRESTADORES EN DISCAPACIDAD AUTORIZADOS - AÑO 2024-2

LISTADO DE PRESTADORES SEGÚN RES. 2165/2021

TIPO PRESTACIÓN	PRESTADOR/PROFESIONAL	MP/MN	TELÉFONO	EMAIL
Acompañante Teraputico	Sandra La Placa	no corresponde	2234461810	sandralaplaca@hotmail.com
Acompañante Teraputico	Saba Norma Beatriz	no corresponde	2234977333	normasaba@yahoo.com.ar
Acompañante Teraputico	Leonardo David Vega	no corresponde	2974624618	leo03vega@gmail.com
Acompañante Teraputico	Mario Quiroga Paniagua	no corresponde	2236232180	mrqpaniagua@gmail.com
Acompañante Teraputico	Ramiro Dominguez	no corresponde	2235497773	rdominguezto@gmail.com
Acompañante Teraputico	Laura Muñoz	no corresponde	2234551139	laum00@hotmail.com
Acompañante Teraputico	M. Lorena Garcia Espinosa	no corresponde	2235607067	marilo2281@gmail.com
Acompañante Teraputico	Rivadeo Hector Ariel	no corresponde	2236009958	demarinis83@gmail.com
Centro de día	Construir Camino	no corresponde	4919916	contruircaminomdp@gmail.com
Centro Educativo	Asociación civil Cubo Mágico	no corresponde	2235852456	centroetcubomagico@gmail.com
Equinoterapia	Centro Equinoterapia El Alba	no corresponde	2234951393	siselser@hotmail.com
Escuela Especial	El Portal del Sol	no corresponde	4720032	elportaldelsol@elportaldelsol.org
Escuela Especial	C.I. Alito	no corresponde	4724478	escuelaespecialalito@hotmail.com
Fonoaudiología	María Clara Ramos	4189	2235892837	ramos.clara89@hotmail.com
Fonoaudiología	Cases Sonia	3436	2235778672	son_mdq@hotmail.com
Fonoaudiología	Chervo María Micaela	5378	2236236989	mica_cher@hotmail.com
Fonoaudiología	Pastore María Lorena	3838	2235123313	mlpastore9@hotmail.com
Fonoaudiología	Yanina Salvador	5728	2266495535	salvadoryanina@gmail.com
Fonoaudiología	Toujas Daniela B	5223	22235650907	danielatoujas@gmail.com
Fonoaudiología	Lucia Kunz	4753	2235837066	kunzlucia@gmail.com
Fonoaudiología	Pancani Valeria M	2458	2235630530	pancanivale@yahoo.com.ar
Fonoaudiología	Carobisoni Daiana	5226	2236341301	daicarobisoni@hotmail.com.ar
Fonoaudiología	Fontana Maria Sofia	5827	2235947231	fontanasofia97@gmail.com
Fonoaudiología	Siciliano Micaela	5585	2926500352	micasiciliano@hotmail.com.ar
Hidroterapia	Leccese Miguel Ángel	4601	2234770903	klga_leccese08@yahoo.com.ar
Hidroterapia	Gilardo Melisa Yasela	7831	2235685387	melisagilardo@gmail.com
Kinesiología	Dell Acqua Mauro	6959	249154483213	maurodellacqua12@gmail.com
Maestra de Apoyo	Iara Jazmín García	no corresponde	2235401252	oaktry@gmail.com
Maestra de Apoyo	Botta Claudia	no corresponde	2235189338	claudiabotta05@yahoo.com.ar

Maestra de Apoyo	Paula Yesica Iturriza	no corresponde	2235518625	paulaiturriza@hotmail.com
Musicoterapia	Ternavasio Santiago	137553	1150118432	santiago.ternavasio@gmail.com
Psicología	Blessa Martinelli Leandro	95232	2235650907	leandrofblesa@gmail.com
Psicología	Negretti María José	46935	2236876484	mariajoseneg7@gmail.com
Psicología	Amalia R. Arauco	47527	2235621959	amalia_arauco@yahoo.com.ar
Psicología	Mirta Analia Bratt	46070	2235908006	analiabratt@hotmail.com
Psicología	Abonjo Natalia Jorgelina	47047	2236842157	n_abonjo@hotmail.com
Psicología	Mansilla María Clara	48040	2236035927	mclaramansilla@gmail.com
Psicología	Lizio Romina Jesus	46459	2235218170	rjlizio@hotmail.com
Psicología	Clavero Soledad	46298	2235223465	soledadveronica@yahoo.com.ar
Psicología	Ferreya Nancy E	46127	2235471711	nancyefe@hotmail.com
Psicología	Pancani Daiana M	47657	2236217381	daianapancani@hotmail.com
Psicología	Rocha Melina	77543	1168767398	melina.rochaa96@gmail.com
Psicología	Lamarque Laura	45846	2239567686	licklau@hotmail.com
Psicología	Gonzalez Julia Fernanda	47755	225650774	
Psicopedagogía	Pancani Natalia L	178827	2235630533	nataliapancani@hotmail.com
Psicopedagogía	Belen G Pancani	178903	2235630528	belpancani@hotmail.com
Psicopedagogía	María Belén Alzuarte	124886	2236802331	balzuarte@gmail.com
Psicopedagogía	María Laura Longo	142759	2235326632	marialauralongo@gmail.com
Psicopedagogía	María Dolores Castro Eglantier	147712	2235062221	dolorescastroe@gmail.com
Psicopedagogía	Rocio Luciana Fernandez	149053	2235650907	rol.fernandez@yahoo.com.ar
Psicopedagogía	Gratz Graciela Elizabeth	323	2236891584	gabygratz@hotmail.com
Psicopedagogía	Laura Veronica Morea	117949	2235638545	laura_morea@hotmail.com
Psicopedagogía	Fraternali Lucia	179257	2235644744	luciafraternali@hotmail.com
Terapia ocupacional	Romina G. Escuer	114393	2236869130	rominaescuer@gmail.com
Terapia ocupacional	Arellano Viviana Mabel	968	2236871632	arellanovivi@hotmail.com
Terapia ocupacional	Myriam Di Lorenzo Karina	905	2235299129	dilorenzomk@gmail.com
Terapia Ocupacional	Gretel Maria Ema Druck	2844	2235478169	greteldruck@gmail.com
Terapia ocupacional	Ana Paula Da costa Mattos	1392	2235650907	apdacostamattos@hotmail.com
Terapia ocupacional	María Belén Togni	121121	2236001004	belentogni@gmail.com
Terapia ocupacional	María Victoria Fanelli	157884	2235511878	fanellimv@hotmail.com
Terapia Ocupacional	Barreca Manuela Agustina	163777	2284542310	to.manuelabarreca@gmail.com
Transporte	Campoamor Cristina Valeria	no corresponde	2244462034	rvbcampoamor@yahoo.com.ar

Transporte	M Lourdes Juarez Charo	no corresponde	2235564684	lu.juarezcharo@gmail.com
Transporte	Gabriel Hector Rodriguez	no corresponde	2235201573	esteliana624@hotmail.com
Transporte	Goldar Juan Pablo	no corresponde	2235138616	juanpablogoldar@gmail.com
Transporte	Goldar Juan Federico	no corresponde	2234499630	goldarhnos@hotmail.com.ar
Transporte	Pinzon Castillo Maria Fernanda	no corresponde	2235782233	dpc.mafer@gmail.com
Transporte	Maria Laura Lopez	no corresponde	2235900344	normabeatrizgomez0159@gmail.com
Transporte	Trasmader	no corresponde	2235670642	trasladosmardelplata@copetel.com.ar
Transporte	Larralde Martin	no corresponde	2235474238	martinlarralde722@gmail.com

DIRECCIÓN (donde se presta servicio)	CUIT/CUIL
	27-16777038-5
	27-20377622-0
	20-37764144-3
	20-95900344-1
	20-34058883-6
	27-29141525-9
	27-28293030-2
	20-30336092-2
9 de julio 2856	30-71495860-3
Rawson 1564	30-71427051-2
San Pedro y Gallardo (Barrio el Tejado)	27-205604423-6
Saavedra 2980	30-53832892-4
3 de febrero 4138	30-68562045-2
Gascón 1060	27-34552362-1
Teodoro Bronzini 1429	27-31727762-3
Rawson 2754	27-38251833-6
La Rioja 3908	27-24766472-1
Entre Ríos 2977	27-393425437
Entre Ríos 2977	27-36382366-7
25 de Mayo 3385	27-34500559-0
Av Carlos Tejedor 672	27-22916856-3
Castelli 1432	27-35432905-6
Balcarce 3498	27-40192649-1
9 de Julio 3982	27-40348122-5
Teodoro Bronzini 1429	20-17796568-6
Av Libertad 3660	27-38283586-3
Galicia 1202	20-32800435-7
Mario Bravo 4931	27-27416015-8
Castelli 1432	27-17796916-3

Mitre 2838	27-27850836-1
Santiago del Estero 3752	23-32865517-9
Entre Ríos 2977	20-26494015-0
Balcarce 3498	27-29852006-6
Catamarca 2726	27-24998773-0
Entre Ríos 2977	27-23754486-8
Garay 3030	27-49675099-9
Dorrego 1902	23-33646941-4
Castelli 1432	27-24251614-7
Bronzini 1411	27-24251525-6
Av Carlos Tejedor 672	27-14832021-2
Av Carlos Tejedor 672	27-31821863-9
Santa Fe 3013	27-39670886-3
20 de septiembre 1828	27-21534874-7
Hipolito Irigoyen 2752	27-29141088-5
Av Carlos Tejedor 672	27-26728759-2
Av Carlos Tejedor 672	27-30025353-4
Primera Junta 2321	27-30295661-3
Balcarce 3498	27-28293559-9
Entre Ríos 2977	27-25957128-1
Entre Ríos 2977	27-27379750-0
20 de septiembre 1828	27-22522774-3
Juramento 424	27-30799952-3
Santa Fe 3013	27-3327395-2
Dorrego 1902	27-29257076-2
Brown 1317	27-27271382-6
La Rioja 3908	23-22313408-4
Rawson 2548	27-28021664-5
Entre Ríos 2977	27-93654233-1
Castelli 1432	23-29139314-4
Teodoro Bronzini 1429	27-33560205-1
9 de julio 3982	27-37032494-3
	27-23553223-4

	23-25136483-4
	20-23479484-2
	20-29257993-5
Olazabal 3031	20-24371721-4
	27-95431201-7
	27-25112262-3