

## DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE SUBSIDIOS POR DISCAPACIDAD

1. Fotocopia Carnet titular y beneficiario
2. Fotocopia DNI titular y causante de las dos primeras hojas.
3. Fotocopia Recibo de haberes:
  - CUIT empresa.
  - CUIL beneficiario.
  - NO superar los dos meses anteriores a la fecha de prestación.
4. Nota manuscrita del titular (original):
  - Fecha: ANTERIOR al inicio del período solicitado para el subsidio.
  - Período solicitado de la prestación (mes y año). Ej. de Febrero a Diciembre del 2014.
  - Domicilio particular, código postal y teléfono particular, celular y/o laboral.
  - Firma del Beneficiario titular, aclaración y DNI.
5. Nota de Conformidad del beneficiario:
  - Completa en su totalidad.
  - Con firma y aclaración del Beneficiario titular.
  - Firmada por Médico tratante.
  - Se adjunta formulario en pág.6.
6. Formulario datos Titular y Empleador
  - Completa en su totalidad.
  - Se adjunta formulario en página 9.
7. Certificado de discapacidad (fotocopia):
  - Acreditación de su pertenencia a la Secretaria o Ministerio de Salud Nacional o Provincial que lo emite.
  - Lugar y fecha de emisión.
  - Nombre y apellido completo del causante discapacitado.
  - Documento Nacional de Identidad del causante.
  - Fecha de Nacimiento del causante.
  - Diagnóstico.
  - Tipo de Discapacidad: permanente o transitoria.
  - En el caso de ser transitoria debe tener fecha vencimiento.
  - En el caso de ser permanente se considera válido hasta 10 años después de la fecha de emisión.
  - El certificado mencionado debe estar completo y firmado por un mínimo de dos miembros de la Junta de Evaluación Oficial, correspondiendo una de dichas firmas a un profesional médico. Las firmas deben ser legibles.
  - Debe tener el sello oficial del Ministerio o Secretaria de Salud Provincial o Nacional.
8. Resumen de Historia Clínica (original) :
  - Prescripta por el profesional médico, actualizada.
  - Fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prescripción.
  - Firmada por el profesional con sello.

#### 9. Prescripción Médica (original):

- Recetario (aparte): resumen de la historia clínica.
- Prescripción:
- Fecha de emisión anterior al período de prescripción.
- Diagnóstico.
- Período correspondiente para el año solicitado (meses y año de concurrencia). Ej. de febrero a diciembre de 2014.
- Los Tratamientos Ambulatorios deben especificar frecuencia semanal de sesiones.
- Firma y sello legibles del profesional tratante.
- Debe ser original.

#### 10. Presupuesto (original):

- Fecha de emisión anterior al inicio del período prescripto.
- Número de CUIT.
- Tipo de IVA.
- Período de atención (meses de concurrencia) Ej. de Febrero a diciembre de 2014.
- Firma y sello de la persona responsable de la institución prestadora y/o de los profesionales tratantes.
- Prestaciones coincidentes con lo indicado por el médico tratante (casos de tratamientos individuales, especificarse la frecuencia semanal y profesionales intervinientes / casos de concurrencia a instituciones se debe indicar tipo de jornada).
- Datos de contacto Prestador (teléfono, mail).
- Datos bancarios del Prestador (Banco, tipo de cuenta y N° de CBU).

#### 11. Generalidades de los Proyecto de trabajo:

- Apoyo a la integración escolar": horas de asistencia de la maestra integradora, el proyecto en general con objetivos y adaptaciones curriculares. ACTA ACUERDO firmada por las partes.
- Educación especial, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día: se solicitará presentación general del proyecto institucional, objetivos de trabajo individual e informe de evolución anual.
- Estimulación Temprana: Modalidad de abordaje, objetivos individuales de tratamiento, expectativas de logro. Informe de evolución anual.
- Tratamientos individuales: Plan de tratamiento individualizado por áreas. Señalar los aspectos relevantes del trabajo interdisciplinario en el caso de tratarse de un módulo integral. Informe de evolución anual.

#### 12. Registro Nacional de Prestadores (RNP)

- Institución: fotocopia del Registro Nacional de Prestadores con su correspondiente categorización del Ministerio de Salud, para las siguientes modalidades prestacionales: Estimulación Temprana, Escolaridad especial (EGB. Inicial, formación Laboral.), Apoyo a la integración escolar, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Apoyo a la integración escolar. Hogares y Hogares con: CET, Centro de Día, Educación Inicial, EGB y Formación Laboral. Residencia, Pequeño hogar, Hospital de Día e Internación en Rehabilitación.
- Centros de Rehabilitación
- Profesionales que realizan tratamientos individuales de rehabilitación o habilitación (kinesiólogos, fonoaudiólogos y psicólogos): fotocopia del Certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores del Ministerio de Salud.
- Resto de Profesionales (psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas, musico terapeutas, maestras de educación especial, profesoras de disminuidos auditivos/ visuales): Título habilitante.
- La constancia del RNP debe corresponder al prestador (profesional y/o institución) que presupuesta y factura
- Sólo se autorizan las prestaciones para las cuales los centros o las instituciones se encuentren categorizadas o acreditadas de acuerdo a la normativa vigente.

### 13. Constancia de alumno regular y/o inscripción.

- Constancia de concurrencia mensual o alumno regular. (Escuela Común, Escuela Especial, Centro de Día Centro Educativo Terapéutico o cualquier otra variante educativa o asistencial)
- Si no concurre: informar por escrito (beneficiario titular)
- La constancia debe solicitarse solamente en los siguientes casos:
  - a) Cuando solicitan el módulo de apoyo a la integración escolar, se debe solicitar la constancia de alumno regular de la escuela de educación común.
  - b) Cuando solicitan tratamientos individuales ambulatorios (kinesiología, Fonoaudiología, etc). Si el causante recibe el subsidio de O.S.P.E.D.Y.C. por una prestación mayor como Escuela Especial, Centro de Día O centro Educativo Terapéutico, no es necesario solicitar el certificado de escolaridad porque ya la Obra Social lo está subsidiando.
  - c) Cuando se solicita subsidio para transporte especial para traslado a institución.

### 12. Solicitud de Transporte:

Deberá ser prescripto en todos los casos y fundamentado para las patologías que no tengan compromiso motor.

El presupuesto debe contener los siguientes datos:

- Nombre de la empresa o del transportista.
- Domicilio y teléfono.
- Número de CUIT
- Tipo de IVA.
- Distancia diaria en Km.
- Distancia Mensual en Km.
- Monto total mensual.
- Lugar de partida y Destino con los domicilios exactos.
- Datos bancarios del Prestador (Banco, tipo de cuenta y N° de CBU).

Se recuerda que el transporte se otorgará a los beneficiarios cuya discapacidad sea motora o mixta (mental - motora, visceral-motora) que impidan su traslado a través de transporte público de pasajeros.

Se deberá adjuntar el siguiente formulario, que debe ser completado por los familiares y el médico del discapacitado: se adjunta modelo en [página 8](#).

## MODALIDADES PRESTACIONALES

### Estimulación temprana

- Prescripción médica solicitando ESTIMULACION TEMPRANA y cantidad de sesiones semanales.
- Resumen de H.C.
- RNP habilitante para E.T. de la Institución o Centro de Rehabilitación.
- Se debe presentar un informe donde se especifique modalidad de trabajo, plan de trabajo con objetivos generales y específicos, expectativas de logro, frecuencia de atención sesiones semanales y profesionales a cargo.
- A fin de año se deberá entregar un informe de evolución del tratamiento.
- Población: Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

#### Escolaridad especial - Nivel inicial-EGB - Formación Laboral

- RNP institucional
- Prescripción médica solicitando ESCOLARIDAD ESPECIAL (especificando el nivel), tipo de jornada y periodo.
- Resumen de H.C.
- Carpeta institucional detallando los aspectos relevantes del funcionamiento institucional.
- Proyecto de trabajo individual del alumno para el ciclo lectivo para el cual se presenta la solicitud de subsidio. En caso de Formación Laboral detallar ciclo y año que cursa.
- A fin de año se deberá entregar un informe de evolución del tratamiento.
- El subsidio contempla: matrícula y 10 cuotas (de marzo a diciembre)
- No se contemplará colonia de verano.
- Educación Inicial: Niños discapacitados entre los 3 y 6 años de edad cronológica.
- Educación Especial General Básica: Niños discapacitados entre 6 y 18 años de edad cronológica, aproximadamente.
- Formación Laboral: Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica, aproximadamente; las personas con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse por un período no mayor a dos años.

#### Apoyo a la integración escolar

- RNP institucional por Apoyo a la integración
- Prescripción médica solicitando APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR Especificando modalidad y frecuencia
- Resumen de H.C.
- Horas de asistencia de la maestra integradora. Proyecto general con objetivos de trabajo y adaptaciones curriculares
- Certificado de alumno regular de escolaridad común en cualquiera de sus niveles.
- Población: entre los 3 y 18 años de edad, que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles.

#### Centro Educativo Terapéutico

- RNP institucional.
- Prescripción médica solicitando CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO, tipo de jornada y periodo.
- Resumen de H.C.
- Carpeta institucional detallando los aspectos relevantes del funcionamiento institucional.
- Proyecto de trabajo individual del alumno, especificando áreas en las que recibirá sesiones individuales según tipo de jornada.
- A fin de año se deberá entregar un informe de evolución del beneficiario.
- La cobertura corresponde al periodo enero a diciembre.
- No se contemplará colonia de verano ni matrícula.
- Población: Discapacitados entre los 4 y 24 años de edad.

#### Centro de Día

- RNP institucional
- Prescripción médica solicitando CENTRO DE DIA, tipo de jornada y periodo.
- Resumen de H.C.
- Carpeta institucional detallando los aspectos relevantes del funcionamiento institucional.
- Proyecto de trabajo individual del alumno.
- A fin de año se deberá entregar un informe de evolución del beneficiario.
- La cobertura corresponde al periodo enero a diciembre.

- No se contemplará colonia de verano ni matrícula
- Población: Niños, jóvenes y adultos con discapacidades con diagnóstico funcional severo y/o profundos y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

#### Hogar, Residencia, Pequeño Hogar

- RNP institucional
- Prescripción médica solicitando HOGAR... u otras de las modalidades y sus combinaciones (Centro de Día, CET). Se debe acompañar con un informe de aspectos clínicos que justifique el pedido de internación
- Resumen de Historia Clínica.
- Informe social que argumente la imposibilidad de continencia familiar
- Carpeta institucional detallando los aspectos relevantes del funcionamiento institucional.
- Proyecto de trabajo individual del beneficiario.
- A fin de año se deberá entregar un informe de evolución del beneficiario.
- La cobertura corresponde al periodo enero a diciembre

#### Hospital de Día / Hospital de Día Psiquiátricos

- RNP institucional
- Prescripción médica solicitando HOSPITAL DE DIA, jornada y periodo
- Resumen de H.C.
- Carpeta institucional detallando los aspectos relevantes del funcionamiento institucional.
- Proyecto de trabajo individual del paciente con aspectos generales del tratamiento y de cada una de las disciplinas.
- A fin de año se deberá entregar un informe de evolución del beneficiario.

#### Internación en Rehabilitación

- RNP institucional
- Prescripción médica solicitando Internación en Rehabilitación, jornada y periodo
- Resumen de Historia Clínica.
- El médico tratante deberá especificar que el paciente se encuentra en etapa subaguda de su enfermedad
- Carpeta institucional detallando los aspectos relevantes del funcionamiento institucional.
- Proyecto de trabajo individual del paciente con aspectos generales del tratamiento y de cada una de las disciplinas.

### IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

#### Atención Ambulatoria

(Res.0428/99 –1078/08 – 523/09MS y A. Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Normativa General).

Definición: Esta destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

#### Prestadores Habilitados:

- Clínicas o Sanatorios de rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Consultorios de Rehabilitación de Hospitales.
- Clínicas y Sanatorios polivalentes.

- Centros de Rehabilitación.
- Consultorio Particular.

Modalidad de Cobertura:

Módulo de Tratamiento Integral Simple: Incluye periodicidades menores a 5 días semanales con más de una especialidad.

Módulo de Tratamiento Integral Intensivo: Comprende semana completa con más de una especialidad.

**CORRESPONDE ESTA MODALIDAD CUANDO SE TRATE DE UN TRATAMIENTO DONDE CONFLUYAN MAS DE UNA ESPECIALIDAD EN FORMA CONJUNTA**

Prestación de Apoyo

Definición:

“Se entiende por prestación de apoyo aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal”.

Modalidad de cobertura:

El otorgamiento de esta prestación deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser considerada como tal tendrá que ser suministrada fuera del horario de atención de la prestación principal. Se deberá adjuntar constancia de la prestación principal.

El máximo de horas de prestación de apoyo será de hasta (6) horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

NOTA DE CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO<sup>1</sup>  
PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

POR MEDIO DE LA PRESENTE PRESTO CONFORMIDAD RESPECTO AL TRATAMIENTO INDICADO PARA:

.....

CUYO DIAGNÓSTICO ES:

.....

PRESTACIÓN SOLICITADA:

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Firma  
(Titular)

\_\_\_\_\_  
Aclaración  
(Titular)

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
N° de Afiliado

\_\_\_\_\_  
Parentesco

<sup>1</sup>OSPEDYC hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación ante la Administración de Programas Especiales, Ministerio de Salud y Acción Social, es materia exclusiva de la Obra Social, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones ser canalizadas a través de la misma sin ninguna excepción.

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO:

D.N.I. - L.E. - C.I. - L.C:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:

TURNO HORARIO:

HERMANOS:

ACTIVIDAD:

TURNO HORARIO:

DIAGNÓSTICO:

DSM IV<sup>1</sup> –CIE X:

DEFICIENCIA:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:

MÉDICO AUDITOR AGENTE DEL SEGURO:

---

FIRMA

O.S.P.E.D.Y.C.

Delegación: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

PATOLOGÍA: \_\_\_\_\_ PERÍODO/DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

### DATOS TITULAR

AFILIADO N°: \_\_\_\_\_ ALTA EN O.S.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

APELLIDO/S: \_\_\_\_\_

NOMBRE/S: \_\_\_\_\_

C.U.I.L.: \_\_\_\_\_ TIPO Y N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

PROV.COD.NAC: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CALLE: \_\_\_\_\_ NRO.: \_\_\_\_\_

PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

SI ES FAMILIAR: COMPLETAR

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

AFILIADO N°: \_\_\_\_\_ ALTA EN O.S.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

APELLIDO/S: \_\_\_\_\_

NOMBRE/S: \_\_\_\_\_

C.U.I.L.: \_\_\_\_\_ TIPO Y N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CALLE: \_\_\_\_\_ NRO.: \_\_\_\_\_

PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL EMPLEADOR

INICIO DE RELACIÓN LABORAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

C.U.I.T.: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: CALLE: \_\_\_\_\_ NRO.: \_\_\_\_\_

PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

REFERENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del titular

\_\_\_\_\_  
Verifico por O.S.P.E.D.Y.C.  
Firma y aclaración



Depto. A.P.E. Discapacidad

UTEDYC – OSPEDYC (Conmutador):

(011) 5353-3500

Telefono contacto directo:

(011) 5353-3576

Coordinacion Dto. Discapacidad:

(011) 5353-3546