

# *INSTRUCTIVO PRESTACIONES BÁSICAS POR DISCAPACIDAD 2023.*

Decreto 904/2016 m.s.

Resolución 406/2016 SSSalud

Resolución 887/2017 SSSalud

Resolución 276/2018 SSSalud

Resolución 1731/2021 - sssalud

**Resolución 360/2022 - sssalud**

## **IMPORTANTE**

**El cumplimiento de estas indicaciones es indispensable para gestionar la cobertura por discapacidad en todos los casos. La recepción de la carpeta con la documentación no implica la autorización de las prestaciones solicitadas.**

“Cabe aclarar que OSTEP no podrá dar cobertura cuando el profesional no se encuentre inscrito en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) o la institución no se encuentre inscrita en el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR)”.

La obra social reconocerá las prestaciones incluidas en el nomenclador de las prestaciones básicas para personas con discapacidad, como así también reconocerá para los profesionales hasta los valores retributivos autorizados por dicho nomenclador.

## **ACLARACIONES PRELIMINARES**

- El presente instructivo tiene como objetivo enunciar los requisitos necesarios para acceder al subsidio correspondiente a las prestaciones básicas por discapacidad, de acuerdo con lo establecido al nomenclador vigente. El mismo comprende a los beneficiarios mayores de un año (1) hasta los sesenta (60) años inclusive.
- Sera indispensable la presentación de la documentación para la cobertura solicitada, **PREVIA AL INICIO DE LAS PRESTACIONES SIN EXCEPCION.**
- La carpeta con la documentación deberá ser presentada en forma conjunta, no se recibirán entregas de documentación parciales o que no cumplan con los requisitos de este instructivo, se autorizarán desde OSTEP central, posterior de la evaluación del equipo de Discapacidad de la Obra Social.
- La documentación corresponderá al tratamiento anual prescripto.
- La solicitud no deberá estar sujeta al año calendario, el período prescrito y podrá ser igual o menor a un año.
- Las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo deberán estar sujetas al año calendario.
- La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, **NO DA DERECHO** al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte de la **AUDITORIA DE DISCAPACIDAD OSTEP**, ni obliga a la Obra Social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

- Toda la documentación requerida para solicitar la cobertura de prestaciones por discapacidad debe presentarse **sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra.**
- La prescripción del tratamiento **NO PUEDE** ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones y/o profesional que la brinde.
- La fecha de emisión de la prescripción **NO PODRÁ** ser posterior a la fecha de inicio del tratamiento solicitado en la misma.
- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del Área de Discapacidad.
- Las prestaciones podrán ser brindadas SOLO cuando cuenten con autorización emitida por el **ÁREA DE DISCAPACIDAD DE OSTEP.**
- El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta exclusiva Responsabilidad del prestador y **NO OBLIGA A OSTEP A CUBRIR LAS PRESTACIONES.**
- De requerir o ser necesario un cambio de prestador, se deberá adjuntar nota firmada por afiliado con discapacidad o, de ser menor de edad, por madre/padre/tutor con anterioridad a dicho cambio. La misma deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento por el nuevo prestador solicitado y fecha de baja de prestador anterior. Debe ser presentada 30 días antes de dicho cambio.
- La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad. Toda modificación en los valores del nomenclador de aranceles vigente se realizará en forma automática, una vez publicado en el Boletín Oficial. y los prestadores deberán presentar el presupuesto con el valor actualizado.
- Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSTEP se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo con eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.
- Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario de esta Obra Social podrá realizar el seguimiento de la misma mediante visitas, llamados o entrevistas con padres y/o profesionales.

## **DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES**

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

- 1. Pedido médico:** Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante (Legible)

La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico perteneciente a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. Deben estar firmadas por el médico tratante que firmó la historia Clínica. **Se debe confeccionar una orden por cada prestación.**

### **La Prescripción médica, debe contener:**

- **Nombre y Apellido.**
- **DNI.**
- **Edad.**
- **Nombre de la Obra Social (OSTEP).**
- **Prestación Solicitada:** Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo con cada lineamiento.
- **Diagnostico:** El mismo debe coincidir con el que figura en el Certificado Único de Discapacidad.
- **Periodo de la Prestación:** corresponderá al TRATAMIENTO ANUAL prescripto. La solicitud NO DEBERÁ ESTAR SUJETA AL AÑO CALENDARIO, a excepción de las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo.
- **Fecha:** La fecha de emisión de ser anterior al periodo solicitado (Ejemplo si la prestación inicia en febrero 2023, la fecha de emisión de la prescripción debe ser cualquier día del mes de enero 2023).
- **Firma y sello:** Del médico tratante, con tipo y número de matrícula legible.

## Si la prestación a solicitar es:

- **Prestaciones ambulatorias:** Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando la especialidad y frecuencia semanal y mensual (ejemplo 2 sesiones semanales de Psicología). En el caso de requerir “Módulo Integral Simple/Intensivo”, según corresponda, deberá aclarar especialidad y frecuencia semanal (ejemplo, Solicito Módulo integral Intensivo, en Psicología 2 sesiones semanales, en Terapia ocupacional 2 sesiones semanales, el Fonoaudiología 2 sesiones semanales).
- **Prestaciones institucionales:** En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble) y **dependencia si correspondiere**.
- **Prestaciones educativas:** Educación Especial: indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral, además del tipo de jornada (simple o doble).
- **Transporte:** De corresponder, el pedido de transporte deberá ser prescripto por el médico tratante, debe justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público, contener lugar de origen y destino, **indicando dependencia si correspondiere**.
- **Dependencia:** En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, y fundamentado en la prescripción. Incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional - FIM. (Art. 13 Ley 24.901). **(Planilla 014)**.

## 2. Original de **Resumen de Historia Clínica**.

Debe ser original, deberá contener los datos del afiliado (nombre, apellido, DNI, edad, fecha de nacimiento y diagnóstico según Certificado de Discapacidad), debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente **(Planilla 001)**

3. **Certificado único de discapacidad:** Presentar fotocopia vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 Ley 22.431). Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. En el caso de contar con turno para la renovación del CUD, enviar constancia de este con datos del afiliado.

4. **Constancia de alumno regular y Número de CUE (Código Único de Establecimiento):**  
Presentar constancia de reserva de vacante o matriculación, constancia de alumno regular del año en curso y una constancia de finalización del ciclo lectivo.
5. **DNI: copia de frente y reverso** del beneficiario y del titular/tutor/o a cargo
6. **Copia de credenciales** del afiliado y del titular/tutor/ o a cargo.
7. **Ultimo recibo de sueldo (fotocopia)**
8. **Conformidad prestacional:** firmada por el/la beneficiario/a o familiar responsable/tutor **(Planilla 012).**
9. Nota cambio de prestador (solo en los casos que corresponda).
10. Copia de Guarda tutela (solo en los casos que corresponda).

### **PRESTACIONES AMBULATORIAS.**

Cuando se brinda un solo tipo de terapia de rehabilitación, ésta se considerará PRESTACIÓN DE APOYO.

Se denomina prestación de apoyo aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal (Escolaridad, CET, Centro de día, etc.). No se autorizará más de 1 sesión con un mismo profesional en el mismo día. Cuando se requiera mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

Las prestaciones de rehabilitación comprenden las siguientes terapias: Kinesiología – Terapia Ocupacional – Psicología – Fonoaudiología – Psicopedagogía – Psicomotricidad – Musicoterapia. – Pedagogía.

#### **Documentación requerida:**

- Presupuesto original de prestaciones profesionales ambulatorias **(Planilla 002).**
- Plan de Abordaje **(Planilla 003).**
- Informe evolutivo de la prestación **(Planilla 004).**
- Informe de evaluación inicial **(exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación).**  
**(Planilla 005).**

- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. **(Planilla 006)**.
- Copia de Título que incluya número de Resolución Ministerial (de frente y reverso).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- En caso de tratarse de una prestación de apoyo, deberá presentar constancia de alumno regular del año en curso, aclarando el número de Código Única de Establecimiento (CUE).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

### **Módulo de Tratamiento Integral SIMPLE /INTENSIVO**

**Módulo Integral Simple:** Cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) con más de una especialidad.

**Módulo Integral Intensivo:** Comprende la atención de semana completa (5 días, de lunes a viernes) con más de una especialidad.

En ambos casos, detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

### **Documentación requerida**

- Presupuesto original estimulación temprana - módulo integral simple/intensivo **(Planilla 007)**.
- Plan de Abordaje **(Planilla 003)**.
- Informe evolutivo de la prestación **(Planilla 004)**.
- Informe de evaluación inicial (exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación). **(Planilla 005)**.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. **(Planilla 006)**.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

## Módulo de Estimulación Temprana

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad, corresponde esta modalidad a niños y niñas con discapacidad de 0 a 6 años de edad cronológica.

### Documentación requerida

- Presupuesto original estimulación temprana - módulo integral simple/intensivo (Planilla 007).
- Plan de Abordaje (Planilla 003).
- Informe evolutivo de la prestación (Planilla 004).
- Informe de evaluación inicial (exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación). (Planilla 005).
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. (Planilla 006).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP

## Módulo de Apoyo a la Integración Escolar

Apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales 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). El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

**Tanto la constancia de alumno regular como el acta deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.**

### Documentación requerida:

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales (Planilla 008).
- Informe evolutivo de la prestación (Planilla 004).
- Informe de evaluación inicial (exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación). (Planilla 005)
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. (Planilla 006).
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.
- Acta acuerdo original: firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; Institución que brinda la Integración Escolar, indicando los datos de la docente que asistirá a la escuela común. (Planilla 010).
- 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 para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud)
- Constancia de alumno regular de escuela común, con CUE.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

## Módulo Maestra/o de Apoyo

Maestro de Apoyo, es el que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Esta modalidad podrá ser brindada EXCLUSIVAMENTE por profesionales con incumbencia en el campo pedagógico: Lic. En Psicopedagogía, Lic. En Ciencia de la Educación, Profesores de Educación Especial, Maestros con orientación en Educación Especial y maestros comunes con títulos habilitantes. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Quedan exceptuados, específicamente, los Lic. En Psicología.

**Tanto la constancia de alumno regular como el acta deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.**

### Documentación requerida:

- Presupuesto original Maestra/o de Apoyo (Planilla 009).
- Informe evolutivo de la prestación (Planilla 004).
- Informe de evaluación inicial (**exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación**). (Planilla 005)
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. (Planilla 006).
- Copia de Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.
- Acta acuerdo original: firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; Institución que brinda la Integración Escolar, indicando los datos de la docente que asistirá a la escuela común. (Planilla 010).
- Constancia de alumno regular de escuela común (Debe contener el CUE, Código Único de Establecimiento).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

## **Prestaciones Educativas Especiales**

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

### **Educación Inicial**

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

### **Educación General Básica**

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

### **Formación Laboral**

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia. Destinado a Adolescentes, jóvenes discapacitados entre los 14 años y 24 años de edad cronológicamente y aproximadamente. Adultos con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse de la formación Laboral y/o Rehabilitación Profesional por un período no mayor a 2 (dos) años.

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

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales **(Planilla 008)**.
- Plan de Abordaje **(Planilla 003)**.
- Informe evolutivo de la prestación **(Planilla 004)**.
- Informe de evaluación inicial **(exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación)**. **(Planilla 005)**
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. **(Planilla 006)**.
- 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 para las

prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud)

- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

### **Centro Educativo 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. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad.

#### **Documentación requerida:**

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales **(Planilla 008)**.
- Plan de Abordaje **(Planilla 003)**.
- Informe evolutivo de la prestación **(Planilla 004)**.
- Informe de evaluación inicial **(exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación)**. **(Planilla 005)**
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. **(Planilla 006)**.
- 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 para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud)
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

## Centro de Día

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

### Documentación requerida:

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales (Planilla 008).
- Plan de Abordaje (Planilla 003).
- Informe evolutivo de la prestación (Planilla 004).
- Informe de evaluación inicial (**exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación**). (Planilla 005)
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. (Planilla 006).
- 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 para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

### Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, permanente o de lunes a viernes

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Será necesario que la Institución presente un informe socio-ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar.

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

## **Internación en Rehabilitación**

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

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

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.

## **Residencia**

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

## **Pequeño Hogar**

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

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

### **Documentación requerida:**

- Presupuesto original Prestaciones Educativas – Institucionales **(Planilla 008)**.
- Plan de Abordaje **(Planilla 003)**.
- Informe evolutivo de la prestación **(Planilla 004)**.

- Informe de evaluación inicial (**exclusivamente al comienzo de una NUEVA prestación**). **(Planilla 005)**
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento. Resolución 1731/21 SSSalud. **(Planilla 006)**.
- 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 para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

### **Transporte Especial**

La prestación de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su domicilio hasta el lugar de atención y viceversa.

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario **se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley Ley 24314, art 22 inc a)**. Se tendrá en cuenta la orientación prestacional del CUD.

La prestación se autorizará por cantidad de Km. mensuales y será abonada por mes entero, quedando sujeta a débito, cuando el servicio sea prestado en menos de un 80% del período. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos los días de receso invernal. (Resolución 1992/2015 – MS).

### **Dependencia**

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, 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.

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 brindaran.

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

- Centro de Día.
- Centro Educativo Terapéutico.
- Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico.
- Transporte a partir de los 6 (seis) años y en los casos en que se encuentre debidamente justificado.

**Documentación requerida:**

- Presupuesto original traslados (**Planilla 011**).
- Copia de Habilitación municipal y/o provincial vigente, y su renovación de producirse su vencimiento durante el periodo.
- Copia del Seguro del auto (con cobertura de personas transportadas), licencia de conducir; y su renovación de producirse su vencimiento durante el periodo.
- VTV (Verificación Técnica Vehicular).
- Hoja de ruta según “Google Maps”: [www.maps.google.com](http://www.maps.google.com).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.
- Constancia de IIBB.
- N° de contacto aclarando la característica y casilla de correo.
- Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a Escuela común, deberá adjuntar constancia de alumno regular emitida por la institución a los fines de acreditar dicha concurrencia

**Cambio de prestador**

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

La nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio (**Planilla 0015**).

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

# MODELOS DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PRESTACIÓN DE APOYO**

**Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx**

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito \_\_\_\_\_, (Ejemplo: Kinesiología... en dado caso que sean varias prestaciones de apoyo, debe ser una orden médica por cada especialidad).

2 sesiones semanales. (La cantidad de sesiones que indique el médico tratante).

Periodo: TRATAMIENTO ANUAL prescripto (Ejemplo: febrero 2023 a enero 2024).

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y FIRMA DEL  
PROFESIONAL

**FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/01/2023)**

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA MAESTRA/O DE APOYO**

**Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx**

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito MÓDULO MAESTRA/O DE APOYO

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario \_\_\_\_\_

Periodo: Marzo 2023 a Diciembre 2023

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y FIRMA DEL  
PROFESIONAL

FECHA: Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2023)

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO**

**Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx**

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO:

- FONOAUDIOLOGIA (Cantidad de sesiones semanales).
- KINESIOLOGIA (Cantidad de sesiones semanales).
- TERAPIA OCUPACIONAL (Cantidad de sesiones semanales).
- ESTIMULACION VISUAL (Cantidad de sesiones semanales).

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario \_\_\_\_\_

Periodo: TRATAMIENTO ANUAL prescripto (Ejemplo: febrero 2023 a enero 2024).

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y FIRMA DEL  
PROFESIONAL

**FECHA:** Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/01/2023).

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA MÓDULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

**Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx**

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito ESTIMULACION TEMPRANA: FONOAUDIOLOGIA, KINESIOLOGIA Y  
TERAPIA OCUPACIONAL.

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario \_\_\_\_\_

Periodo: TRATAMIENTO ANUAL prescripto (Ejemplo: febrero 2023 a  
enero 2024).

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y FIRMA DEL  
PROFESIONAL

**FECHA:** Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/01/2023)

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN  
ESCOLAR (EQUIPO)**

**Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx**

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario \_\_\_\_\_

Periodo: Marzo 2023 a diciembre 2023

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y FIRMA DEL  
PROFESIONAL

**FECHA:** Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2023)

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA PRESTACIONES INSTITUCIONALES: CENTRO DE DÍA/CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO/HOGARES/RESIDENCIAS**

**Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx**

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito Centro de Día, Jornada \_\_\_\_\_, categoría \_\_\_\_\_

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario \_\_\_\_\_

- con dependencia (En caso de requerirlo).

Periodo: TRATAMIENTO ANUAL prescripto (Ejemplo: febrero 2023 a enero 2024).

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y FIRMA DEL  
PROFESIONAL

**FECHA:** Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/01/2023).

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA EDUCACIÓN ESPECIAL**

**Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx**

Rp: Nombre y Apellido del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito Escuela Especial, Jornada \_\_\_\_\_, categoría \_\_\_\_\_

Frecuencia: De lunes a viernes, Horario \_\_\_\_\_

Periodo: Marzo 2023 a diciembre 2023

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y FIRMA DEL  
PROFESIONAL

**FECHA:** Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/02/2023).

**MODELO DE PRESCRIPCIÓN PARA TRASLADO**

Membrete de la clínica/hospital... xxxxxx

Rp: Nombre y apellido del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Obra Social: O.S.T.E.P

Solicito traslado desde: \_\_\_\_\_ (Domicilio): Hasta: \_\_\_\_\_

Para asistir a: \_\_\_\_\_ Ejemplo Kinesiología.

Frecuencia: 2 veces por semana o De lunes a viernes ida y vuelta.

Justificación: \_\_\_\_\_

**(Debe justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público)**

- Periodo, TRATAMIENTO ANUAL prescripto (Ejemplo: febrero 2023 a enero 2024). Si es para el colegio, debe ser AÑO CALENDARIO.

- con dependencia (En caso de requerirlo).

DX: el mismo que indica en el CUD

SELLO C/MATRICULA Y FIRMA DEL  
PROFESIONAL

**FECHA:** Debe ser cualquier día del mes anterior al inicio de las actividades. (Ejemplo 05/01/2023).