

## INSTRUCTIVO GENERAL PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

**TENIENDO EN CUENTA LA LEY 24901 y resoluciones vigentes 406/16 887/2017**

1. LINEAMIENTOS GENERALES Sólo puede iniciarse trámite de Subsidio por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad.
2. El trámite de Subsidio por Discapacidad serán recepcionados en el Área Discapacidad Central, los trámites correspondientes a beneficiarios
3. Los subsidios por discapacidad caducarán el 31 de diciembre de cada año al que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación.

#### **4. DOCUMENTACION A PRESENTAR Documentación general:**

4.1 Fotocopia del certificado de discapacidad vigente: El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3- Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud.

4.2 En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, NO PODRÁ presentar trámite solicitando Subsidio por Discapacidad.

No será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad. En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia de este.

Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

4.3 Fotocopia de D.N.I. (Titular y beneficiario). 4.3.1 Constancia de CUIL (Titular y beneficiario).

4.3.2 Formularios. El beneficiario titular deberá completar el siguiente formulario en original: Formulario (**Anexo I**): ENCUESTA SOCIAL. Fotocopia de comprobantes de pago: Beneficiarios DIRECTOS:• Deben presentar fotocopia de recibo de sueldo (antigüedad no mayor a 60 días a la fecha de inicio de la prestación). Beneficiarios MONOTRIBUTISTAS:• Deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos seis



meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación. Beneficiarios JUBILADOS:• Deben presentar Recibo de haberes actualizado. Beneficiarios con FONDO DE DESEMPLEO:• Deben presentar fotocopia del último recibo de haber en relación de dependencia y el último comprobante de cobro.

**4.4 Original de Resumen de historia clínica** Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación. Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario causante y actualizado.

**4.5 Original de Prescripción médica** Debe presentarse la prescripción médica original de todas las prestaciones requeridas, comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, con firma y sello legible del Médico Tratante, que incluya tipo y número de matrícula. La fecha de emisión de la prescripción, debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/2020, la fecha debe ser 28/02/18 o anterior). Debe indicar el diagnóstico y el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2020) Si se solicitan prestaciones ambulatorias por sesión, debe indicar especialidad y cantidad semanal o mensual de sesiones requeridas para cada una de ellas Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble). En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM. **(AnexoII)**

La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

**4.6 Presupuestos y Consentimientos:** Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por los prestadores de cada prestación brindada. En el caso de Transporte debe presentar el consentimiento del diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje.

**PRESTADORES:** TODO PRESTADOR DEBERA ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP) .-  
**PARA INSTITUCIONES, CENTROS, ESCUELAS y demás SE SOLICITA LA CETEGORIZACION DEFINITIVA EMITIDO POR EL SERVICIO Nacional de rehabilitación.**



## ANEXOS

### PLANILLAS COMPLEMENTARIAS

(ANEXO I): INFORME SOCIAL

ANEXOII: PLANILLA FIM ( EN CASO DE SOLICITAR DEPENDENCIA)

**ANEXO III: FACTURACION PRESTADORES**

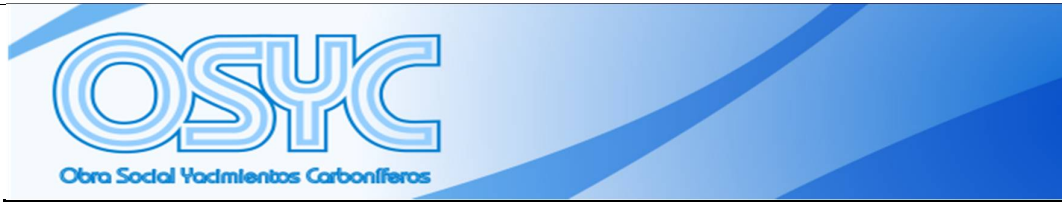
**ANEXO IV: MODELO DE PLANILLA DE ASISTENCIA (PARA PRESTACIONES DE APOYO Y TRANSPORTE) -PARA CENT, ESCUELAS ESPECIALES, CENTRO DE DIA, CENTRO DE REHABILITACION, HOGAR, MAESTRA DE APOYO, INTEGRACION ESCOLAR- SE DEBERA PRESENTAR CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Y CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR.**

MEDIOS DE COMUNICACIÓN: [alejandro.daldini@osyc.org.ar](mailto:alejandro.daldini@osyc.org.ar)  
[mcicarelli@osyc.org.ar](mailto:mcicarelli@osyc.org.ar)      [miriam.alvariza@osyc.org.ar](mailto:miriam.alvariza@osyc.org.ar)

Fecha de recepción y evaluación desde Los primeros días de noviembre de cada año calendario al día 15 de diciembre -**entrega de presupuesto autorizados** del 15 de diciembre al 30 de diciembre (se envían por mail) por favor consignar el mail en el presupuesto. **El presente Instructivo es**

**ejemplificador**, si los prestadores cuentan con formatos de este. Serán aceptados mientras cumplan con las documentaciones y datos solicitados básicos.

**DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITAR PRESTACION DISCAPACIDAD**



**1º PARTE: REQUISITOS A CUMPLIR POR EL/LA AFILIADO/A**

A fin de cumplimentar los requisitos dispuestos por el SSS en sus normativas, se solicita la siguiente información en un **PLAZO NO MAYOR A 15 DIAS PREVIOS A LA INICIACION DEL TRATAMIENTO:**

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nº BENEFICIARIO(carnet) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

(Si no es argentino indicar fecha de ingreso al país)

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

(soltero-casado-divorciado-viudo)

DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_

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

PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO CONTACTO: \_\_\_\_\_

(Obligatorio)

CELULAR: \_\_\_\_\_

TRABAJO: \_\_\_\_\_



DATOS DEL TITULAR (recibo de sueldo)

CUIL DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

CUIT DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

CUANDO EMPEZÓ A TRABAJAR: \_\_\_\_\_

DEBE APORTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- ✓ FOTOCOPIAS DE LAS 2 PRIMERAS HOJAS DEL D.N.I. DEL TITULAR Y EL BENEFICIARIO.
- ✓ FOTOCOPIAS DEL CARNET DEL/DE LA TITULAR Y DEL BENEFICIARIO.
- ✓ EN EL CASO DE AFILIADOS EN RELACION DE DEPENDENCIA, DEBERAN PRESENTAR FOTOCOPIA DEL ULTIMO PAGO/RECIBO.
- ✓ EN EL CASO DE AFILIADOS MONOTRIBUTISTAS DEBERÁN PRESENTARSE LOS ULTIMOS SEIS TICKETS DE PAGO DEL MONOTRIBUTO ANTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN Y LA FOTOCOPIA DE LA INSCRIPCIÓN U OPCIÓN ANTE LA AFIP.

***Es condición que la afiliación se encuentre activa y regular***



Buenos Aires, de de 20...

**Señor Presidente**

**De OSYC**

**S / D**

De mi mayor consideración:

Me dirijo a ustedes por medio de la presente para solicitar el Subsidio/Reintegro para el/la paciente \_\_\_\_\_, y presto conformidad para la realización de la misma, y su gestión ante la Administración de Programas Especiales, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para dicho trámite.

Las Prestaciones según evaluación médica que necesitaría el/la paciente son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Quedando a evaluación del equipo interdisciplinario y Medico Auditor de la Obra Social su aprobación.

Sin otro particular saludo atte.-

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

## (ANEXO II)

### Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido del beneficiario causante: .....

D.N.I.: .....

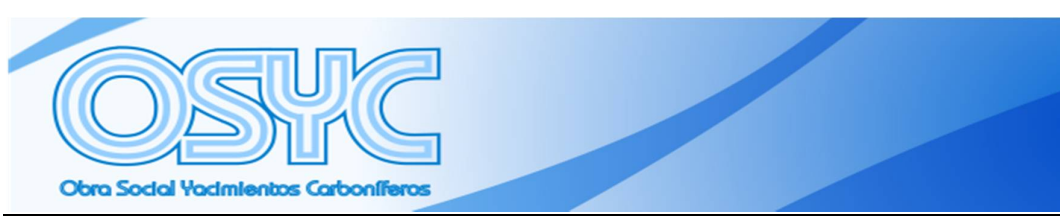
FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	<b>Autocuidado</b>	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		<b>Control de esfínteres</b>	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		<b>Movilidad</b>	
	9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas		
	10. Traslado al baño		
	11. Traslado en bañera o ducha		
	<b>Ambulación</b>		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo 35 puntos	<b>Comunicación</b>	
14. Comprensión			
15. Expresión			
<b>Conocimiento social</b>			
16. Interacción social			
17. Solución de problemas			
18. Memoria			
<b>Total</b>			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

FIRMA MEDICO TRATANTE:.....

FECHA:.....



## PRESTADORES

### **PRESUPUESTO 2020 - PROYECTO ANUAL O SEMESTRAL- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES O TUTORES DEL NIÑO/A**

#### **PRESTACION DE APOYO (PSICOLOGIA-PSICOPEDAGOGIA-FONOAUDIOLOGIA, ETC)**

- ✓ INSCRIPCION DE PROFESIONAL EN LA SSSALUD
- ✓ CUE (CODIGO UNICO ESCOLAR) DE LA ESCUELA EN DONDE ASISTE

#### **MODULOS ESTIMULACION TEMPRANA, MODULO INTEGRAL SIMPLE, MODULO INTEGRAL INTENSIVO.**

- ✓ **HABILITACION DE CENTROS** (SNRNP Y SSSALUD)
- ✓ INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE PRESTADORES.

#### **MODULO APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR.**

HABILITACION DEL CENTRO, (SNRNP Y SSSALUD) EQUIPO INTERDISCIPLINARIO CADA UNO CON SUS RESPECTIVAS INSCRIPCIONES EN EL REGISTRO DE PRESTADORES. ACTA ACUERDO TRIPARTITO. **CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR +CUE(CODIGO UNICO ESCOLAR)**

#### **HOSPITAL DE DIA-CENTRO DE DIA –CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO**

HABILITACION MUNICIPAL, INSCRIPCION Y APROBACION DE LA SSSALUD -SNRNP

#### **ESCUELAS ESPECIALES**

HABILITACION MUNICIPAL INSCRIPCION Y APROBACION DE LA SSSALUD. REGISTRO EN LA DGCYE. **CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR +CUE**

#### **TRANSPORTE**

AGENCIAS HABILITADAS PARA DICHO FIN, CON SEGURO DE TRANSPORTE DE PASAJEROS, INSCRIPTOS EN EL MUNICIPIO QUE LE COMPETE. LICENCIA DE CONDUCIR DE REMIS/TAXI. **COMPLETAR PLANILLA FIM PARA TRANSPORTE**

**PARA TODOS LOS PRESTADORES, ES NECESARIO COPIA DE LA INSCRIPCION EN EL AFIP VIGENCIA DE ESTE Y CBU-mail institucional(que será la vía de comunicación)**



**ANEXO III**

**PRESTADORES**

**2. FACTURACIÓN:**

**2.1-La factura deberá ser confeccionada a nombre de OSYC.**

**CUIT 30678581506**

**RESPONSABLE INSCRIPTO**

**DIR 24 DE NOVIEMBRE 1126 CABA**

- Se debe indicar en la misma la **Prestación** efectuada, **CUIL y nombre completo del beneficiario** al que se le realizó la prestación. MES DE PRESTACION.

**Importante: Se deberá facturar en forma mensual : enviar copia del CBU DEL CUIT DEL QUE FACTURA.**

**2.2 Tiempos de presentación de FACTURAS**

- Las facturas se presentarán a mes vencido, **del 1 al 10 del mes. EL PAGO SE ESTABLECE DENTRO DEL SISTEMA DE INTEGRACION DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, A LOS 60 DIAS (NO OLVIDARSE DE que SINO PRESENTO LOS DATOS BANCARIOS EN EL PRESUPUESTO NO SE PODRA REMITIR EL PAGO)**

**2.3 Forma de presentación:**

Se deberá adjuntar:

- Factura ORIGINAL Y DUPLICADO u/o (fotocopia), fotocopia del presupuesto firmado por el EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y MEDICO AUDITOR de la Obra Social, y se deberá adjuntar **el correspondiente informe evolutivo.**

**El importe total de la factura deberá ser igual al del presupuesto aprobado.** Cualquier cambio de prestador o importe se deberá informar presentando un nuevo presupuesto



**ANEXO IV**

PLANILLA DE ASISTENCIA
------------------------

PRESTADOR: \_\_\_\_\_ AFILIADO: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_ FACTURA: \_\_\_\_\_

FECHA	PRESTACION	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA MADRE/PADRE O TUTOR	OBSERVACIONES