

# **CRITERIOS PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES POR MECANISMO DE INTEGRACIÓN**

## **AÑO 2025**

## IMPORTANTE

1. **Documentación Requerida:** La documentación debe corresponder al tratamiento anual prescripto.
2. **Solicitudes de Prestaciones:** Las solicitudes de prestaciones, excepto las relacionadas con la escolaridad, no deberán estar sujetas al año calendario. Deben corresponder al período prescrito y pueden ser iguales o menores a un año.
3. **Firma de Documentos:** La documentación presentada deberá estar firmada de forma ológrafa por el beneficiario y el prestador, y se enviará por medios digitales. No es necesario entregar originales. No se aceptarán documentos con tachaduras o enmiendas.
4. **Anticipación en Solicitudes:** Se solicita realizar las solicitudes de tratamientos con suficiente anticipación para evitar demoras en la auditoría administrativa, permitiendo la eventual autorización o reorientación de los tratamientos indicados sin perjudicar el proceso terapéutico del paciente.
5. **Recepción de Documentación:** La recepción de la documentación NO significará la autorización de la cobertura solicitada. El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA será bajo la responsabilidad del prestador y no obliga a la Agente de Seguro de Salud a cubrir la prestación. La cobertura en ciclos previos no da derecho al profesional a continuar con la prestación sin la previa autorización del Agente de Seguro de Salud.
6. **Cambio de Profesional:** En caso de un cambio de profesional para una determinada práctica, se deberá presentar una nota junto con la documentación del nuevo profesional, explicando los motivos del cambio. Se debe utilizar el formulario "Solicitud por cambio de prestador" (ver modelo adjunto).
7. **Documentación Adicional:** El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá solicitar documentación respaldatoria adicional si lo considera pertinente.
8. **Plazo de respuesta:** Al realizar una presentación debe estimar un plazo de 10 días hábiles para que el área realice las evaluaciones necesarias y pertinentes; los que empezarán a correr una vez que el solicitante haya presentado la totalidad de la documentación requerida.
9. **Formularios Modelo:** Al final del presente instructivo, se adjuntan los formularios destinados a la presentación de la documentación. Estos formularios tienen carácter orientativo, lo que significa que el prestador y/o profesional no están obligados a utilizarlos, siempre que la documentación presentada cumpla con todos los requisitos establecidos y esté completa.

---

## Envío y Recepción de Documentación

La documentación completa se tendrá que enviar en formato PDF claro y legible a la dirección de correo electrónico [integracionsss@osperyhra.org.ar](mailto:integracionsss@osperyhra.org.ar). La documentación que no cumpla con este requisito no se tomará en cuenta. En caso de realizar la entrega de documentación en la oficina de atención, se deberá respetar el proceso de auditoría estipulado en el ítem anterior.

*Se informa que no se emitirán autorizaciones de manera inmediata en caso de entregar la documentación de forma presencial.*

## DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

### A. DEL BENEFICIARIO

1. **Planilla de datos socio familiares completo.** Teléfono y dirección de email del responsable/tutor. (ver modelo adjunto)
2. **Credencial digitalizada o digital.**
3. **Certificado de discapacidad vigente emitido por Organismo Competente.**
4. **Resumen historia clínica firmado y sellado por médico tratante.** La misma debe incluir nombre y apellido del afiliado, DNI, edad, antecedentes, diagnóstico y evolución con los tratamientos realizados (ver modelo adjunto). En caso de transporte se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.
5. **Indicación médica de la prestación firmada y sellada por médico tratante.** La misma debe incluir nombre y apellido del beneficiario, DNI y periodo solicitado (mes de inicio, mes de finalización y año). La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución prestadora (ANEXO II, Res 1743/2024). En caso que así sea, no se aceptará la orden y se solicitará una revisión con otro profesional. La fecha de confección debe ser anterior al inicio de la práctica (ver modelo adjunto).

Según la prestación brindada deberá incluir las aclaraciones correspondientes, por ejemplo:

- ✓ Centro de día, CET, Escolaridad, Formación laboral. Especificar tipo de jornada (simple o doble).
- ✓ Hogar y Residencias. Indicar estadía (permanente o de lunes a viernes).
- ✓ Prestaciones de apoyo, estimulación y/o rehabilitación. Indicar terapia (Fonoaudiología, Kinesiología, Psicología, etc) y cantidad de sesiones semanales por especialidad.
- ✓ Integración escolar. Especificar si se trata de un Módulo Maestra de apoyo o Integración escolar en equipo.
- ✓ Transporte. Deberá especificar origen y destino (ejemplo: de domicilio a terapias, de domicilio a escuela, etc.). **SE DEBERÁ JUSTIFICAR LA IMPOSIBILIDAD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN TRANSPORTE PÚBLICO.**

6. **Consentimiento Informado** para cada una de las prestaciones, firmado por el padre, tutor o responsable y el prestador elegido para realizar la práctica (ver modelo adjunto).
7. **Certificado de alumno regular.** Se solicitará en caso que el afiliado solicite autorización para las siguientes prácticas: *Prestación de apoyo* (una sola prestación de rehabilitación con un máximo de 6 sesiones semanales), *Apoyo la integración escolar* (ya sea con maestra

integradora o equipo interdisciplinario), *Transporte y/o Alimentación* (estas últimas en caso que sean secundarias a la escolaridad).

8. **Informe social.** SOLO REQUERIDO PARA PRESTACIONES DE HOGAR (EN TODAS SUS MODALIDADES) Y PEQUEÑO HOGAR. Este documento debe avalar su necesidad asistencial y debe ser confeccionado por un Licenciado en Trabajo Social.
9. **Constancia de domicilio policial o acreditada por Licenciado en Trabajo Social** (SOLO EN CASO DE SOLICITAR TRASLADO/S MAYOR/ES A 1500 KM DE RECORRIDO TOTAL) Este deberá adjuntarse junto con un **informe médico** fundamentando el motivo del recorrido.

## B. DEL PRESTADOR

1. **PRESTACIONES BRINDADAS POR INSTITUCIONES** (Escolaridad, Formación Laboral, CET, Centros de día, Centros de Rehabilitación/ Estimulación Temprana, Hogar y Residencias).
  - ❑ **Presupuesto prestacional** en el que deberán constar datos del prestador (CUIT, domicilio de atención, teléfono de contacto, dirección de mail, etc.), cronograma con los días y horarios de concurrencia, costo total mensual, firma y sello del prestador (ver modelo adjunto).
  - ❑ **Plan de abordaje individual** indicando periodo, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, fechado, firmado y sellado por el prestador. El plan de trabajo debe estar redactado a conciencia y ajustarse a las necesidades de la persona con discapacidad. La confección del mismo quedará a criterio del prestador, siempre que cumpla con los criterios establecidos.
  - ❑ **Informe de evaluación inicial.** Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
  - ❑ **Informe de seguimiento semestral.** Se envía a los 6 meses de iniciar la prestación.
  - ❑ **Informe evolutivo.** Se presenta en caso de *continuidad* de una la prestación (fin del periodo de cobertura). Debe incluir el período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados.
  - ❑ **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad (Categorización)**, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
  - ❑ **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 Inscripción de AFIP.** Para obtenerla ingrese [aquí](#).

- ❑ **Constancia de CBU y datos de la cuenta bancaria.** Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Caso contrario, se solicitará documentación adicional que acredite situación y consentimiento (ANEXO I Res. 1743/2024). Sugerimos subir el extracto PDF tal cual se descarga del home banking para que los datos sean legibles.

### **SOLICITUD DE DEPENDENCIA**

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con CD, Hogar con CET, Centro de día, Centro Educativo Terapéutico deberán presentar *informe cuantitativo y cualitativo de la Escala FIM* (Medición de Independencia Funcional) confeccionada por un Licenciado en Terapia Ocupacional (ver modelo adjunto) y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.

La prestación de **Almuerzo/Comedor** podrá solicitarse sólo en casos donde el beneficiario concorra en jornada simple, ya que la jornada doble debe contemplar este servicio dentro del costo total.

Para acceder a dicha prestación deberá estar aclarada la solicitud en la orden médica y el costo deberá estar desglosado dentro del presupuesto de la institución donde concurre.

## **2. PRESTACIONES DE APOYO Y/O REHABILITACIÓN BRINDADAS POR PROFESIONALES** (Fonoaudiología, Kinesioterapia, Musicoterapia, Psicología, Psicomotricidad, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional)

- ❑ **Presupuesto prestacional** en el que deberán constar datos del prestador (CUIT, domicilio de atención, teléfono de contacto, dirección de mail, etc.), cantidad de sesiones semanales, cronograma con los días y horarios de concurrencia, costo por sesión y costo total mensual, firma y sello del prestador (ver modelo adjunto).
- ❑ **Plan de abordaje individual** indicando periodo, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, fechado, firmado y sellado por el prestador. El plan de trabajo debe estar redactado a conciencia y ajustarse a las necesidades de la persona con discapacidad. La confección del mismo quedará a criterio del prestador, siempre que cumpla con los criterios establecidos.
- ❑ **Informe de evaluación inicial.** Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

- ❑ **Informe de seguimiento semestral.** Se envía a los 6 meses de iniciar la prestación.
- ❑ **Informe evolutivo.** Se presenta en caso de *continuidad* de una la prestación (fin del periodo de cobertura). Debe incluir el período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados.
- ❑ **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud** para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- ❑ **Constancia de Inscripción de AFIP.** Para obtenerla ingrese [aquí](#).
- ❑ **Constancia de CBU y datos de la cuenta bancaria.** Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Caso contrario, se solicitará documentación adicional que acredite situación y consentimiento (ANEXO I Res. 1743/2024). Sugerimos enviar el extracto PDF tal cual se descarga del home banking para que los datos sean legibles.

### **3. APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO.**

- ❑ **Presupuesto prestacional** en el que deberán constar datos del prestador (CUIT, domicilio de atención, teléfono de contacto, dirección de mail, etc.), cronograma con los días y horarios de concurrencia, costo total mensual, firma y sello del prestador (ver modelo adjunto).
- ❑ **Plan de abordaje individual** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado por profesional/ equipo tratante y con firma y sello de prestador. La confección del mismo quedará a criterio del prestador, siempre que cumpla con los criterios establecidos.
- ❑ **Informe de evaluación inicial.** Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- ❑ **Informe de seguimiento semestral.** Se envía a los 6 meses de iniciar la prestación.
- ❑ **Informe evolutivo.** Se presenta en caso de *continuidad* de una la prestación (fin del periodo de cobertura). Debe incluir el período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados.
- ❑ **Acta de acuerdo de integración escolar** firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador (ver modelo adjunto).
- ❑ **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 Inscripción de AFIP.** Para obtenerla ingrese [aquí](#).

- ❑ **Constancia de CBU y datos de la cuenta bancaria.** Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Caso contrario, se solicitará documentación adicional que acredite situación y consentimiento (ANEXO I Res. 1743/2024). Sugerimos enviar el extracto PDF tal cual se descarga del home banking para que los datos sean legibles.

#### 4. MÓDULO MAESTRO DE APOYO.

- ❑ **Presupuesto prestacional** en el que deberán constar datos del prestador (CUIT, domicilio de atención, teléfono de contacto, dirección de mail, etc.), cronograma con los días y horarios de concurrencia, costo total mensual, firma y sello del prestador (ver modelo adjunto).
- ❑ **Plan de abordaje individual** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado por profesional/ equipo tratante y con firma y sello de prestador. La confección del mismo quedará a criterio del prestador, siempre que cumpla con los criterios establecidos.
- ❑ **Informe de evaluación inicial.** Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- ❑ **Informe de seguimiento semestral.** Se envía a los 6 meses de iniciar la prestación.
- ❑ **Informe evolutivo.** Se presenta en caso de *continuidad* de una la prestación (fin del periodo de cobertura). Debe incluir el período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados.
- ❑ **Acta de acuerdo de integración escolar** firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador (ver modelo adjunto).
- ❑ **Título habilitante** (Profesora de Educación Especial o Psicopedagoga).
- ❑ **Certificado analítico de materias legalizado.**
- ❑ **Constancia de Inscripción de AFIP.** Para obtenerla ingrese [aquí](#).
- ❑ **Constancia de CBU y datos de la cuenta bancaria.** Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Caso contrario, se solicitará documentación adicional que acredite situación y consentimiento (ANEXO I Res. 1743/2024). Sugerimos subir el extracto PDF tal cual se descarga del home banking para que los datos sean legibles.

Las necesidades educativas especiales que requieran los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran contempladas dentro de las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidad (Res. 1328/2006 y 428/99). **No incluyen Acompañante Terapéutico, Acompañante Externo, etc.**

La INTEGRACIÓN ESCOLAR (AIE en equipo/Maestro de apoyo) tiene por objetivo la adecuación de la currícula de aprendizaje y la metodología que el docente del colegio debe emplear. **NO ES UN ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO.**

## 5. TRANSPORTE.

- ❑ **Presupuesto de transporte**, en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, con firma y aclaración del transportista y de la persona con discapacidad/ responsable (ver modelo adjunto). *Recordar adjuntar el certificado de domicilio del afiliado en caso de exceder los 1500 km.*
- ❑ **Conformidad del diagrama de traslados** firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- ❑ **Mapa del recorrido.**
- ❑ **Habilitación de la empresa y del vehículo que realiza el traslado.**
- ❑ **Póliza de seguro vigente.**
- ❑ **Verificación Técnica Vehicular.**
- ❑ **Licencia de conducir** del chofer o de los choferes a cargo del vehículo.
- ❑ **Constancia de Inscripción de AFIP.** Para obtenerla ingrese [aquí](#).
- ❑ **Constancia de CBU y datos de la cuenta bancaria.** Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Caso contrario, se solicitará documentación adicional que acredite situación y consentimiento (ANEXO I Res. 320/22). Sugerimos enviar el extracto PDF tal cual se descarga del home banking para que los datos sean legibles.

### **SOLICITUD DE DEPENDENCIA** **(PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES A 6 AÑOS)**

En caso de solicitar transporte con dependencia, se requerirá *informe cuantitativo y cualitativo de la Escala FIM* (Medición de Independencia Funcional) confeccionada por médico tratante o Licenciado en Terapia Ocupacional (ver modelo adjunto) e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

## HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO  DNI

OBRA SOCIAL/ GERENCIADORA

PRESTACIÓN/TERAPIA

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <p><b>DOCUMENTACIÓN PERSONAL</b><br/>(para todos los casos)<br/><i>Tildar lo que corresponda</i></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Certificado Único de Discapacidad (vigente).</li> <li><input type="checkbox"/> Constancia de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado.</li> <li><input type="checkbox"/> Conformidad por las prestaciones (Anexo II).</li> </ul>   | <p><b>DEL MÉDICO</b><br/><i>Tildar lo que corresponda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Resúmen de Historia Clínica.</li> <li><input type="checkbox"/> Prescripciones Médicas.</li> </ul>   |  |   |
| <p><b>DEL PRESTADOR</b><br/><i>Tildar lo que corresponda</i></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación).</li> <li><input type="checkbox"/> Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas).</li> <li><input type="checkbox"/> Plan de abordaje individual.</li> <li><input type="checkbox"/> Presupuesto.</li> <li><input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP).</li> <li><input type="checkbox"/> Registro Nacional de Prestadores (RNP)</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de solicitar Apoyo Escolar:             <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"> <b>CON EQUIPO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Acta Acuerdo.</li> <li><input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.</li> </ul> </td> <td style="text-align: center; width: 50%;"> <b>CON MAESTRA DE APOYO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Título Habilitante.</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.</li> </ul> </td> </tr> </table> </li> </ul> |   | <b>CON EQUIPO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Acta Acuerdo.</li> <li><input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.</li> </ul> | <b>CON MAESTRA DE APOYO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Título Habilitante.</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.</li> </ul> |
| <b>CON EQUIPO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Acta Acuerdo.</li> <li><input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.</li> </ul> | <b>CON MAESTRA DE APOYO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Título Habilitante.</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.</li> </ul>   |   |  |   |
| <p><b>TRANSPORTE</b><br/><i>Tildar lo que corresponda</i></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Conformidad del Diagrama de Traslados.</li> <li><input type="checkbox"/> Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo.</li> <li><input type="checkbox"/> Presupuesto.</li> <li><input type="checkbox"/> Mapa recorrido.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP).</li> <li><input type="checkbox"/> Constancia CBU emitida por el Banco.</li> <li><input type="checkbox"/> VTV, licencia del conductor y póliza de seguro.</li> </ul> |  |   |

OBSERVACIONES

# FORMULARIOS

## PLANILLA DE DATOS SOCIO FAMILIARES

### Datos del Titular

Apellido y Nombre .....

Domicilio .....

Localidad ..... Celular  E-Mail

### Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre ..... Edad

Domicilio .....

Localidad ..... Teléfono de contacto

DNI  CUIL

### Grupo Familiar Conviviente

| Apellido y Nombre | Edad  | Vínculo | Ocupación |
|-------------------|-------|---------|-----------|
| .....             | ..... | .....   | .....     |
| .....             | ..... | .....   | .....     |
| .....             | ..... | .....   | .....     |

### Grupo Familiar No Conviviente y red social ampliada

| Apellido y Nombre | Edad  | Vínculo | Ocupación |
|-------------------|-------|---------|-----------|
| .....             | ..... | .....   | .....     |
| .....             | ..... | .....   | .....     |
| .....             | ..... | .....   | .....     |

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar de emisión ..... Fecha

Firma

Aclaración del Titular

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

|   |                        |
|---|------------------------|
| Fecha : __/__/__  | Lugar:                 |
| <b>DATOS DEL AFILIADO</b>   |                        |
| Nombre y apellido:  |                        |
| Tipo de documento   | Nro de documento/CUIL: |
| Fecha de Nacimiento: __/__/__                                     | Domicilio:             |
| Obra Social/ Prepaga:   |                        |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>  |                        |
| <hr/> <hr/> <hr/>   |                        |
| <b>ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y/O EDUCATIVAS</b> |                        |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>                                     |                        |
| <b>PARÁMETROS FUNCIONALES ACTUALES</b>                            |                        |
| <hr/> <hr/> <hr/>   |                        |
| <b>EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO</b>                               |                        |
| <hr/> <hr/> <hr/>   |                        |
| <hr/> <i>Firma y sello del médico</i>                             |                        |

## ORDEN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

(Marcar con una cruz según corresponda)

|                       |  |                              |  |
|-----------------------|--|------------------------------|--|
| APELLIDO Y NOMBRE:    |  |                              |  |
| DOCUMENTO:            |  |                              |  |
| OBRA SOCIAL:          |  |                              |  |
| INICIO DE TRATAMIENTO |  | RENOVACIÓN TRATAMIENTO ANUAL |  |

| PRESTACIONES EDUCATIVAS Y TERAPEUTICO-EDUCATIVAS   | J. SIMPLE | J. DOBLE            |
|--|-----------|---------------------|
| CENTRO DE DÍA  |           |                     |
| CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO   |           |                     |
| DEPENDENCIA SI / NO (marcar la opción que corresponda)   |           |                     |
| ESCOLARIDAD PRE- PRIMARIA  |           |                     |
| ESCOLARIDAD PRIMARIA   |           |                     |
| FORMACIÓN/APRESTAMIENTO LABORAL  |           |                     |
| ESTIMULACIÓN TEMPRANA  |           |                     |
| MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO   |           |                     |
| MÓDULO MAESTRA DE APOYO  |           |                     |
| PRESTACIONES ASISTENCIALES   | LUN A VIE | PERMANENTE          |
| HOGAR  |           |                     |
| HOGAR CON CENTRO DE DÍA  |           |                     |
| HOGAR CON CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO   |           |                     |
| HOGAR CON FORMACIÓN LABORAL  |           |                     |
| HOGAR CON ESCUELA PRE-PRIMARIA   |           |                     |
| HOGAR CON ESCUELA PRIMARIA   |           |                     |
| PEQUEÑO HOGAR  |           |                     |
| RESIDENCIA   |           |                     |
| DEPENDENCIA SI / NO (marcar la opción que corresponda)   |           |                     |
| PRESTACIONES TERAPEUTICAS (MÓDULO DE REHABILITACIÓN)   |           |                     |
| HOSPITAL DE DÍA JORNADA SIMPLE   |           |                     |
| HOSPITAL DE DÍA JORNADA DOBLE  |           |                     |
| INTERNACIÓN  |           |                     |
| MÓDULO INTEGRAL SIMPLE (2 TERAPIAS O MÁS. MENOR A 5 SESIONES/SEMANA) *                         |           |                     |
| MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO (2 TERAPIAS O MÁS. 5 SESIONES/SEMANA O MÁS) *                        |           |                     |
| PRESTACIÓN DE APOYO (HASTA 6 HORAS SEMANALES) *  |           |                     |
| *Indique debajo cantidad de <u>sesiones semanales</u> por cada especialidad según corresponda. |           |                     |
| FONOAUDILOGÍA  |           | PSICOMOTRICIDAD     |
| KINESIOLOGÍA   |           | PSICOPEDAGOGÍA      |
| MUSICOTERAPIA  |           | TERAPIA OCUPACIONAL |
| PSICOLOGÍA   |           | OTRA:               |
| OTRAS PRESTACIONES   |           |                     |
| TRANSPORTE   |           | ALMUERZO/COMEDOR**  |

\*\*solo se solicita en caso de prestaciones principales con jornada simple (si la prestación es jornada doble ya incluye el almuerzo).

En caso de solicitar transporte indicar: DEPENDENCIA SI / NO (marcar la opción que corresponda)  
 DESTINO 1: \_\_\_\_\_ DESTINO 2: \_\_\_\_\_  
 DESTINO 3: \_\_\_\_\_ DESTINO 4: \_\_\_\_\_

| PERIODO DE COBERTURA | DESDE | HASTA | AÑO |
|----------------------|-------|-------|-----|
|                      |       |       |     |

En caso de solicitar más de una prestación con diferente periodo de cobertura, completar en formularios separados.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha

Firma y Sello del Profesional

# Consentimiento Informado

Mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo ( \_\_\_\_\_ ) N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_

Manifiesto ser el familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \_\_\_\_\_

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: \_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_

Monto por Sesión: \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:** indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

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

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

**PRESUPUESTO TRANSPORTE**

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Póliza N°: \_\_\_\_\_

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

Período: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

**Diagrama de traslado:**

| Viaje | Domicilio de partida | Domicilio de destino | Km por viaje | Importe diario | Importe mensual |
|-------|----------------------|----------------------|--------------|----------------|-----------------|
| 1     |                      |                      |              |                |                 |
| 2     |                      |                      |              |                |                 |
| 3     |                      |                      |              |                |                 |

**Cronograma de traslado:** marcar con una cruz los días de traslado.

| Viaje | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| 1     |       |        |           |        |         |        |
| 2     |       |        |           |        |         |        |
| 3     |       |        |           |        |         |        |

Total Km. Mensuales: \_\_\_\_\_

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: \_\_\_\_\_

Monto mensual \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración del Transportista

|  |
|--|
| <p><b><u>CONFORMIDAD TRANSPORTE</u></b></p> <p>Fecha: ...../...../.....</p> <p><b>Apellido y nombre del beneficiario:</b></p> <p><b>Número de Afiliado/DNI:</b></p> <p>Yo .....con Documento Tipo (.....) N° ..... , doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde .....hasta..... .</p> <p>Firma: .....</p> <p>Aclaración: .....</p> <p><b><u>SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:</u></b></p> <p>Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....</p> <p>Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.</p> <p>Firma: .....</p> <p>Aclaración: .....</p> <p>Documento: .....</p> |
|--|

**ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR**

Institución/equipo:.....

Afiliado :.....Documento:.....

Lugar donde se realiza la integración:.....

Concurrencia del afiliado a la escuela común

| Días     | Lunes     | Martes    | Miércoles | Jueves    | Viernes   |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Horarios | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: |

Concurrencia del profesional a la escuela común

| Días     | Lunes     | Martes    | Miércoles | Jueves    | Viernes   |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Horarios | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: |

La institución educativa y la Maestra Integradora/Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a:

- a) Atender al niño/a según las necesidades vinculadas a su educación,
- b) Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación curricular,
- c) Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación,
- d) Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria,
- e) Ser acompañantes activos del proceso de aprendizaje,
- f) Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción,
- g) Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados,
- h) Sostener que el alumno/a mantenga asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La no continuidad del alumno/a en el Proyecto de Integración escolar será evaluado por la Escuela y la Maestra Integradora/EAIE, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por incumplimiento de los ítems mencionados precedentemente, lo cual será debida y oportunamente informado y explicitado, falta de progreso significativo en el aprendizaje, modificaciones importantes en la conducta.

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y damos nuestro consentimiento.

|  |  |
|--|--|
| Firma y sello del Establecimiento Educativo común      |  |
| Firma y sello del Equipo Integrador - Maestro de apoyo |  |
| Firma y aclaración de Padre o Tutor                    |  |

## Solicitud de Cambio de Prestador

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

### Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido ..... N° DNI

Por medio de la presente, deixo constancia del requerimiento de la **baja de la prestación de:**

..... a cargo de  
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día   
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de:

..... a cargo de  
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día   
(Nombre del profesional y/o institución)

y por el período

Firma del  
Beneficiario o  
del Representante

Aclaración del firmante .....

Parentesco .....

N° DNI del firmante

