Obra Social Mecánicos y
Afines del transporte

INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD

2027

INTERIOR DEL PAIS

Resolusión 1743/2024
(Octubre 2024)

Sitio web: https://osmata.com.ar/

https://osmata.com.ar/discapacidad/
https://drive.google.com/drive/folders/13IcEZGu2ghVicVvhg-xVM5hBYGbY_q0o

Seccionales / Delegaciones:
http://www.smata.com.ar/secretarias/Interior/Seccionales-Interior- SMATA.php

INFORMACIÓN ÚTIL

A continuación, se comparten enlaces oficiales para facilitar el acceso, consulta y verificación del CUD:

- ¿Cómo obtener el Certificado Único de Discapacidad (CUD)?

Instructivo oficial paso a paso:
👉www.argentina.gob.ar/servicio/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud

- Consulta de requisitos para tramitar el CUD:

Verificá qué documentación necesitás presentar según tu caso:
👉 https://www.argentina.gob.ar/cud/consulta-de-requisitos-para-tramitar-el-cud

- Consulta pública del Certificado Único de Discapacidad:

Permite comprobar la vigencia y titularidad del CUD en línea:
👉 https://apps.snr.gob.ar/consultarnpcd/spring/intro

¿Cómo presentar la documentación para solicitar autorización de las prestaciones?

La documentación deberá presentarse exclusivamente a través del Portal de Prestadores, accediendo al siguiente link:
https://apps.smata.com.ar/WebPrestadores/#/login

En primera instancia, el prestador deberá realizar la carga de su documentación acorde a la prestación que brindará. Posteriormente, puede solicitar la autorización.

Las autorizaciones serán emitidas únicamente a través del Portal de Prestadores. Luego de su autorización, el prestador podrá ingresar la facturación correspondiente en el sistema.

La documentación médica debe presentarse en **formato físico** en la seccional o delegación correspondiente, sin excepciones. **Sin esta documentación no se podrá autorizar las prestaciones solicitadas por el portal de prestadores.**

Cada seccional/delegación será responsable de cargar dicha documentación en el sistema de OSMATA, según el procedimiento vigente.

En el apartado de **Formularios** *(ver págs. 19-22)*, se encuentran disponibles los modelos de órdenes médicas. Se recomienda utilizar estos modelos para evitar errores en las prescripciones y demoras en la autorización.

Índice

Lineamientos generales _____ Pág. 4

Delegaciones/ Seccionales Interior del País _____ Pág. 6

Detalle de la documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones__Pág. 7

Consideraciones generales _____Pag. 16

Hoja de verificación _____ Pág. 17

Modelos de planillas _____Pág. 18

LINEAMIENTOS GENERALES

Toda la documentación requerida por el área de Discapacidad está sujeta a posibles modificaciones en función de nuevas disposiciones emitidas por la Superintendencia de Servicios de Salud.
El presente instructivo detalla los requisitos necesarios para acceder al subsidio por prestaciones básicas en discapacidad, conforme lo establecido en el Nomenclador vigente.

- Aplica a personas beneficiarias desde 1 hasta 60 años de edad inclusive. Las personas con discapacidad mayores de 18 años deberán firmar la documentación o bien presentar la curatela correspondiente.
- La autorización de prestaciones tiene validez hasta el 31 de diciembre del año en curso. Para su renovación, deberá presentarse nuevamente toda la documentación correspondiente al nuevo período.
- La presentación debe realizarse con al menos 60 días de anticipación a la fecha de inicio de las prestaciones solicitadas.

Una vez recibida la documentación completa, será evaluada por Auditoría para su autorización. En caso de requerirse información adicional, el área de Discapacidad podrá solicitarla, siendo obligatoria su presentación por parte del afiliado/a o su referente.
La cobertura será autorizada conforme a lo establecido en el **Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad** y lo dispuesto por la **Resolución 1743/2024.**

Importante - Canales de comunicación

Las seccionales y delegaciones son responsables de recibir y revisar la **documentación medica/afiliatoria** de sus afiliados, y remitirla luego a la Auditoría de Discapacidad para su evaluación.

Esta documentación es requisito obligatorio para poder autorizar las prestaciones solicitados por el portal de prestadores

Los afiliados y prestadores del interior del país deben contactarse con su seccional o delegación correspondiente para cualquier consulta y/o reclamo de prestaciones y/o facturas.
Por **inconvenientes puntuales sobre el portal de prestadores,** debe comunicarse a Mesa de Entrada de SMATA CENTRAL.
Tel.: 011-4340-7612 / Whatsapp: 11-5929-7412 / Mail: mesa.osmata@gmail.com
De lunes a viernes de 8 a 16hs.

IMPORTANTE: EN NINGÚN CASO LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN IMPLICARÁ LA AUTORIZACIÓN DE LA COBERTURA, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA A LA EVALUACIÓN QUE REALICE LA AUDITORÍA DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD.
NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

TIEMPOS DE AUDITORIA

Le solicitamos respetar los plazos establecidos. Las consultas / reclamos se tomaran luego del vencimiento de dichos plazos.

- **AUDITORÍA DE PRESTADORES:** Autorización de documentacion propia del prestador a fin de continuar con el cargo de presupuestos: **5 dias habiles.**
- **AUDITORÍA DE PRESTACIONES:** Renovación de prestaciones o solicitud por primera vez: **20 días hábiles.**
- **AUDITORÍA DE MODIFICACIONES Ó INCORPORACIONES: 15 días hábiles.**

Recuerde que una vez realizada alguna de estas acciones, la solicitud queda **CERRADA** y deben esperar los días de auditoría para poder efectuar cualquier otra gestión.

Para consultas o reclamos sobre autorizaciones de tratamientos o su facturación, comuníquese con la Seccional o Delegación correspondiente. Puede consultar el siguiente listado:

DELEGACIONES/ SECCIONALES INTERIOR DEL PAÍS
Área de Discapacidad.

Delegación 9 de julio, provincia de Buenos Aires.
Tel: 11-5581-4662
Mail: delegacion9dejulio@smata.com.ar

Delegación Azul, provincia de Buenos Aires.
Tel: (02281) 430657
Mail: azul@smata.com.ar

Delegación Bolívar, provincia de Buenos Aires.
Tel: 02314-428866
Mail: smatabolivar@hotmail.com

Delegación Catamarca, provincia de Catamarca.
Tel: (03834) 188575
Mail: catamarca@smata.com.ar

Delegación Corrientes, provincia de Corrientes.
Tel: (0379) 4466758 / (0379) 15-4838694 (solo mensajes)
Mail: scorrientes@smata.com.ar

Delegación de La Rioja, provincia de La Rioja.
Tel: (0380) 4438536
Mail: larioja@smata.com.ar

Delegación Entre Ríos Paraná, provincia de Entre Ríos.
Tel: (0343) 4312221 / 3434 17-4401
Mail: delegacionentrerios@smata.com.ar
Subdelegación Concepción: 11-6371-7409

Delegación Formosa, provincia de Formosa.
Tel: (0370) 4021041
Mail: formosa@smata.com.ar

Delegación Gral. Pico, provincia de La Pampa.
Tel: (02302) 463463
Mail: smatagp@smata.com.ar

Delegación Jujuy, provincia de Jujuy.
Tel: (0388) 4226606
Mail: jujuy@smata.com.ar

Delegación Mendoza, provincia de Mendoza.
Tel: 261-7506905
Mail: osmatamendoza@itcsa.net

Delegación Misiones, provincia de Misiones.
Tel: (0376) 4427513 / 11-3913-3309
Mail: misiones@smata.com.ar

Delegación San juan, provincia de San Juan.
Tel: 01139211296
Mail: sanjuan@smata.com.ar

Delegación San Luis, provincia de San Luis.
Tel: (0266) 4436792 / 11 5098-4350 wsp
Mail: sanluis@smata.com.ar

Delegación San Rafael, provincia de Mendoza.
Tel: (0260) 4447902 / 01161464165 wsp
Mail:sanrafael@smata.com.ar

Delegación Santiago del Estero, provincia de Santiago del Estero
Tel: (0385) 4215950
Mail: santiago@smata.com.ar

Delegación Trenque Lauquen, provincia de Buenos Aires.
Tel: (02392) 415177
Mail: obrasocialtrenque@gmail.com

Delegación Venado Tuerto, provincia de Santa Fe.
Tel: (03462) 313286 / (03462) 15554162 wsp
Mail: osmatavt@gmail.com

Delegación Villa María, provincia de Córdoba.
Tel: 01161540628 wsp / 3534534848
Mail: villamariaos@smata.com.ar /
villamaria@smata.com.ar

Delegación Villa Mercedes, provincia de San Luis.
Tel: (02657) 800585 / 01131447390 wsp
Mail: mercedes@smata.com.ar

Seccional Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires.
Tel: (0291) 4535466
Mail: info@smatabahiablanca.com.ar

Seccional Chascomús, provincia de Buenos Aires.
Tel: 2241- 567806
Mail: chascomus@smata.com.ar

Seccional Córdoba, provincia de Córdoba.
Tel: (0351) 4223613/4229550 interno 107
Mail: discapacidad@smatacba.com.ar

Seccional Junín, provincia de Buenos Aires.
Tel: (0236) 4426471
Mail: ossmatajunin@gmail.com

Seccional La Pampa, provincia de La Pampa.
Tel: (02954) 660670

Seccional Mar del Plata, provincia de Buenos Aires.
Tel: (0223) 4933471 / (0223)-15-5914349
Mail: marcela@smata.org.ar

Seccional Neuquén, provincia de Neuquén.
Tel: (0299) 4424047
Mail: irupe.lopez@smatanqn.com.ar /
ricardo.oporto@smatanqn.com.ar /
valentin.oporto@smatanqn.com.ar

Seccional Olavarría, provincia de Buenos Aires.
Tel: (02284) 415444
Mail: olavarria@smata.com.ar

Seccional Pergamino, provincia de Buenos Aires.
Tel: (02477) 432797
Mail: s.accionsocialsmatapergamino@gmail.com

Seccional Rafaela, provincia de Santa Fe.
Tel: (03492) 422233 / 3492574278 wsp
Mail: rafaela@smata.com.ar

Seccional Resistencia, provincia de Chaco.
Tel: (0362) 4463444
Mail: osmatarcia@gmail.com

Seccional Rio Negro, Cipolletti provincia de Rio Negro.
Tel: (0299) 4777397 / 2984 78-1240 wsp
Mail: liliamoem@outlook.es

Seccional Roque Saenz Peña, provincia de Chaco.
Tel: (0364) 44203871
Mail: saenzpena@smata.com.ar

Seccional Rosario, provincia de Santa Fe.
Tel: (0341) 156-124513 wsp
Mail: auditoriametal2@smatarosario.com.ar

Seccional Salta, provincia de Salta.
Tel: 0387 - 4320595
Mail: salta@smata.com.ar

Seccional Santa Cruz y Tierra del Fuego.
Tel: (2966) 409157 / 2901 65-0770
Mail: smatapatagoniasur@yahoo.com

Seccional Santa Fe, provincia de Santa Fe.
Tel: (0342) 5214188 wsp / (0342) 4562154/ 4561096
Mail: osmatasantafe@hotmail.com.ar

Seccional Tandil, provincia de Buenos Aires.
Tel: (0249) 4425681
Mail: osmatatandil@gmail.com

Seccional Tucumán, provincia de Tucumán.
Tel: (0381) 231-8555
Mail: tucuman@smata.com.ar

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2027

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

DEL BENEFICIARIO

- Certificado único de discapacidad vigente.
- Constancia de alumno regular.
- Constancia de padrón de beneficiarios de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Certificación negativa.
- Constancia de afiliación. (recibo de sueldo, monotributo, recibo de haberes, seguro de desempleo)
- CODEM.

DEL MÉDICO

ÓRDENES MÉDICAS: debe emitirse una orden por cada prestación, utilizando únicamente el modelo incluido en este instructivo, firmada por médico tratante. *(Ver en formularios Págs.19-22)*

- **Prestaciones ambulatorias:** especificar cantidad de sesiones indicando especialidad y frecuencia semanal. En caso de requerir mas de una prestación de apoyo la misma deberá confeccionarse como "Módulo Integral Simple/intensivo", según corresponda.
- **Prestaciones institucionales**, detallar el tipo de jornada (simple o doble).
- **Prestaciones educativas**: indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral y el tipo de jornada (simple o doble)

TRANSPORTE: Si corresponde, debe ser prescripto y justificado por el médico tratante, detallando las razones que impiden el uso de transporte público.

DEPENDENCIA: Si se solicita, debe estar expresamente indicada y fundamentada en la prescripción. Se debe incluir informe cualitativo y cuantitativo de la Escala FIM (Art. 13 Ley 24.901), elaborado por un/a Lic. en Terapia Ocupacional y/o médico/a tratante, junto con un informe del prestador detallando los apoyos previstos según el plan de abordaje individual.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: Se debe utilizar el modelo que se presenta en el presente Instructivo. 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.

IMPORTANTE: Las prescripciones médicas y el RHC deben tener fecha anterior al período de la prestación solicitada (por ejemplo, si se solicita de febrero a diciembre de 2027, la fecha debe ser diciembre 2026 o enero 2027). Deben ser emitidas por el médico tratante del beneficiario

DEL PRESTADOR

Las prestaciones pueden ser reagrupadas en:

1. **Prestaciones de apoyo** (prestaciones de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes) : psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc.
2. **Prestaciones de rehabilitación:** brindadas por instituciones (Módulo Integral Simple/Intensivo y Estimulación Temprana).
3. **Educación especial:** educación inicial, educación general básica y formación laboral.
4. **Integración escolar** (brindada por una institución o por Maestra de apoyo.
5. **CET/Centro de Día**
6. **Rehabilitación - Internación**
7. **Hogar**
8. **Transporte**

01.PRESTACIÓN DE APOYO

KINESIOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA, PSICOMOTRICIDAD, MUSICOTERAPIA.

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.).
El máximo de horas total de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. Cuando requiera mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse al/la beneficiario/a a algunas de las otras prestaciones previstas**.**

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD: Con firma ológrafa (de puño y letra). No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 25).*

2. PRESUPUESTO: Incluyendo consentimiento entre partes, firmados de forma ológrafa. No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo págs. 27)*

3A. INFORME INICIAL: Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3B. INFORME EVOLUTIVO: En el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestaciones, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y firma del prestador.

4. PLAN DE ABORDAJE: En el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos, estrategias utilizadas contemplando los diferentes contextos y firma del prestador.

5.INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL: Firmado por el prestador. Correspondiente a los meses de junio y diciembre.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

6. TÍTULO: que incluya número de resolución ministerial.

7. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (RNP)

8. MATRICULA PROFESIONAL: se toman como validadas las emitidas a nivel Nac. y/o Provincial.

9. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN ARCA/MONOTRIBUTO

Los documentos del 2 al 5 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (de puño y letra).

02. PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO
MÓDULO INTEGRAL SIMPLE
MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

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 brindada de lunes a viernes con más de una especialidad.
Módulo estimulación temprana: destinado a bebés y niños/as de 1 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente, hasta los 6 años.

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD: Con firma ológrafa (de puño y letra). No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 25).*

2.PRESUPUESTO: Incluyendo consentimiento entre partes, firmados de forma ológrafa. No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelos pág. 28-29).*

3.A INFORME INICIAL: Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3.B INFORME EVOLUTIVO: En el cual consten: periodo de abordaje, modalidad de prestaciones, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y firma del prestador.

4. PLAN DE ABORDAJE: En el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos, estrategias utilizadas contemplando los diferentes contextos y firma del prestador.

5. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL: Firmado por el prestador. Correspondiente a los meses de junio y diciembre.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

6. INSCRIPCIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD acorde a la prestación, confirme al ANEXO VI de la Resolución 789/09 - M. Salud.

7. INCRIPCIÓN EN LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, conforme a su categorización y modalidad de concurrencia, en caso de corresponder, relacionado con el domicilio de atención.

8. CONSTANCIA INSCRIPCIÓN EN ARCA

Los documentos del 2 al 5 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (de puño y letra).

03. EDUCACIÓN ESPECIAL

EDUCACIÓN INICIAL (PRE-PRIMARIA)
EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA
FORMACIÓN LABORAL

Educación Inicial: proceso educativo que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad.
Educación General Básica: proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 18 años de edad, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.
Formación laboral: proceso de capacitación que implica formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Esta dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años.

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD: Con firma ológrafa (de puño y letra). No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 25).*

2. PRESUPUESTO: Incluyendo consentimiento entre partes, firmados de forma ológrafa. No se tomarán como válidas firmas digitales. (*Ver modelo pág. 31).*

3.A INFORME INICIAL: Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3B. INFORME EVOLUTIVO: En el cual consten: periodo de abordaje, modalidad de prestaciones, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y firma del prestador.

4. PLAN DE ABORDAJE: En el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos, estrategias utilizadas contemplando los diferentes contextos y firma del prestador.

5. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL: Firmado por el prestador. Correspondiente a los meses de junio y diciembre.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

6. Copia completa del dictamen de **categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad,** donde figure razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.

7. CONSTANCIA DE INSCIPCION EN ARCA

Los documentos del 2 al 5 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (de puño y letra).

IMPORTANTE: EL/LA MÉDICO/A DEBERÁ ACLARAR EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA LA MODALIDAD PRESTACIONAL Y DE CONCURRENCIA (JORNADA SIMPLE/DOBLE)

04. INTEGRACIÓN ESCOLAR

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
MÓDULO MAESTRA/O DE APOYO

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA QUE SOLICITA **MÓDULO MAESTRO DE APOYO O MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.**

Apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común (excluyente) en cualquiera de sus niveles.
Módulo de apoyo a la integración escolar: brindado por institución o equipo categorizado para tal fin. Carga mínima de 32hs mensuales.
Mdulo maestra de apoyo: brindado EXCLUSIVAMENTE por psicopedagogos y/o docentes especiales, con titulo habilitantes. Carga horaria mínima 24hs mensuales, caso contrario se considerara como valor hora.

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD: Con firma ológrafa (de puño y letra). No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 25).*

2. ACTA ACUERDO: Firmada entre partes intervinientes (familiar responsable/Tutor, Directivo de la Escuela y Prestador). **Presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del ciclo lectivo.** *(Ver modelo pág. 35)*

3. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR de escuela común con n° de CUE. **Presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del ciclo lectivo.**

4. PRESUPUESTO Incluyendo consentimiento entre partes, firmados de forma ológrafa. No se tomarán como válidas firmas digitales. (*Ver modelo pág. 30).*

5.B INFORME INICIAL: Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

5.B INFORME EVOLUTIVO: En el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestaciones, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y firma del prestador.

6. PLAN DE ABORDAJE: En el cual consten periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos, estrategias utilizadas contemplando los diferentes contextos y firma del prestador.

7. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL: Firmado por el prestador. Correspondiente a los meses de junio y diciembre.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

8. Documentación según el tipo de prestador
MAESTRA DE APOYO (profesionales):

- Título habilitante.
- Certificado analítico de materias.

INSTITUCIONES que brindan el Módulo de Apoyo a la Integración Escolar:

- Dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios para Personas con Discapacidad (ANDIS), donde consten: razón social de la institución, domicilio del establecimiento, prestación y categoría.

9. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN ARCA

05. CET/ CENTRO DE DÍA

Centro educativo terapéutico: esta dirigido a niño/as 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. esta dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad.

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD: Con firma ológrafa (de puño y letra). No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 25).*

2. PRESUPUESTO: Incluyendo consentimiento entre partes, firmados de forma ológrafa. No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 31).*

3.A INFORME INICIAL: Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3.B INFORME EVOLUTIVO: En el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestaciones, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y firma del prestador.

4. PLAN DE ABORDAJE: En el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos, estrategias utilizadas contemplando los diferentes contextos y firma del prestador.

5. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL: Firmado por el prestador correspondiente a los meses de junio y diciembre.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

6. Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el **Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a personas con Discapacidad** dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.

7. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN ARCA

Los documentos del 2 al 5 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (de puño y letra).

06. REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN

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 metodología y técnicas especificas, instrumentado por un equipo multidisciplinario.

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD: Con firma ológrafa (de puño y letra). No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 25).*

2. PRESUPUESTO Incluyendo consentimiento entre partes, firmados de forma ológrafa. No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 31)*

3.A INFORME INICIAL: Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3.B INFORME EVOLUTIVO: En el cual consten: periodo de abordaje, modalidad de prestaciones, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y firma del prestador.

4. PLAN DE ABORDAJE: En el cual consten periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos, estrategias utilizadas contemplando los diferentes contextos y firma del prestador.

5. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL: Firmado por el prestador correspondiente a los meses de junio y diciembre.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

6. INSCRIPCIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD acorde a la prestación, confirme al ANEXO VI de la Resolución 789/09 - M. Salud.

7. INSCRIPCIÓN EN LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, conforme a su categorización y modalidad de concurrencia, en caso de corresponder, relacionado con el domicilio de atención.

8. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN ARCA

07. HOGAR

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.

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD: Con firma ológrafa (de puño y letra). No se tomaran como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 25).*

2. PRESUPUESTO: Incluyendo consentimiento entre partes, firmados de forma ológrafa. No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 31).*

3.A INFORME INICIAL: Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3.B INFORME EVOLUTIVO: En el cual consten: periodo de abordaje, modalidad de prestaciones, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y firma del prestador.

4. PLAN DE ABORDAJE: En el cual consten periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos, estrategias utilizadas contemplando los diferentes contextos y firma del prestador.

5. INFORME SOCIAL.

6. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL: Firmado por el prestador correspondiente a los meses de junio y diciembre.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

7. Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el **Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a personas con Discapacidad** dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.

8. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN ARCA

08. TRASLADO

IMPORTANTE: LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE, DEBERÁ SER REALIAZADA Y FUNDAMENTADA POR EL MÉDICO TRATANTE, EN EL CUAL **DEBERÁ APORTAR DATOS CLÍNICOS RELEVANTES**, QUE IMPOSIBILITEN EL TRASLADO GRATUITO EN TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS. *VER MODELO PAG. 19.*

Traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transporte público de pasajeros de acuerdo a lo previsto en la ley 24.314, art 22, inc A). Se tendrá en cuenta la orientación prestacional del CUD.

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD DE TRASLADO: Con firma ológrafa (de puño y letra). No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 26).*

2. PRESUPUESTO: Incluyendo consentimiento entre partes, firmados de forma ológrafa. No se tomarán como válidas firmas digitales. *(Ver modelo pág. 32).* Los viajes contemplan IDA Y VUELTA. Indicar todos los viajes en una planilla. (Sólo en caso de más de 3 viajes, utilizar una segunda planilla).

3. MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO: Se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida / Destino y cantidad de kilómetros del recorrido.

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

4. HABILITACIÓN ACTUALIZADA: Puede ser municipal y/o provincial vigente del auto a nombre de quien presupuesta.

5. PÓLIZA DE SEGURO VIGENTE

6. VTV DEL VEHICULO

7. LICENCIA DEL CONDUCTOR

8. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN ARCA

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), *(Ver páginas 36-38)* confeccionada por médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.

Importante: La dependencia podrá ser autorizada únicamente a partir de los 6 años

En los casos en que la persona con discapacidad deba trasladarse más de 1.500 km mensuales para asistir a sus tratamientos, se deberá reorientar la atención hacia centros o establecimientos más cercanos a su lugar de residencia

CONSIDERACIONES GENERALES

Portal de gestión de prestadores:

La correcta carga de documentación solicitada por la OS será responsabilidad exclusiva de los prestadores, asimismo la emisión de las autorizaciones con sus detalles serán informados por el equipo de auditoría a traves de dicho portal

https://apps.smata.com.ar/WebPrestadores/#/login

Consultas por portal de prestadores: **Tel.** 011-4340-7612 **Whatsapp** 11-5929-7412
Mail mesa.osmata@gmail.com // De lunes a viernes de 8 a 16hs.

🔄 **Cambio de prestador:**

- Nota de solicitud de cambio de prestador. con datos y firma de la flia.
- El cambio se gestiona para iniciar al comienzo de un mes calendario completo No se realizan cambios con fecha parcial. *(Ver modelo pág. 39)*
- El nuevo prestador debe subir toda la documentación solicitada en el portal de prestadores

🔽 **Baja de prestador:**

- Se deberá remitir una nota de solicitud de baja firmada. *(Ver modelo pág. 39)*
- Puede subir al portal el prestador o enviar por mail exp.osmata@gmail.com

- En caso de solicitar las prestaciones de Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo, la prescripción médica debe detallar cuáles y cuántas sesiones se brindarán en el mismo.

- Cada institución o prestador se hace cargo de su capacitación, supervisión y/o coordinación, no pudiendo transferir el costo a la Obra Social.

- Todos los prestadores (exepto traslado), sean instituciones o profesionales individuales, deberán presentar informes evolutivos de forma semestral, detallando los logros alcanzados y las necesidades particulares evaluadas en cada caso.

- Las necesidades educativas especiales que presentan los/as niños/as para su adecuado desenvolvimiento en el ámbito escolar están contempladas dentro de las prestaciones básicas para personas con discapacidad según lo establecido en las resoluciones 1328/2006 y 428/99, y se encuadran únicamente en los siguientes módulos:

A) Integración Escolar con equipo interdisciplinario
B) Maestra de Apoyo a la Integración

- Estos módulos tienen como finalidad principal acompañar el proceso de inclusión educativa, promoviendo la adecuación curricular y metodológica que debe implementar el docente del establecimiento escolar.
- El objetivo de la integración es la participación activa del niño/a en el aula común, por lo que el adulto de referencia debe ser su docente.
- La cantidad de horas será determinada según el proyecto individual, y debe contemplar:
- Intervenciones individuales
- Espacios de orientación familiar
- Coordinación con el equipo técnico-profesional interviniente
- En caso de que el niño/a requiera una mayor cantidad de apoyo, serán los adultos a cargo y el ámbito escolar quienes deberán arbitrar los medios necesarios para garantizar su inclusión integral.

HOJA DE VERIFICACIÓN

Le recordamos que toda la documentación solicitada es necesaria para autorizar las prestaciones

Estimado/a afiliado/a, por favor verifique que la documentación esté completa antes de enviarla para evitar demoras y/o reclamos en su trámite de autorización.

Nombre y apellido:_____DNI:_____

☐ **DOCUMENTACIÓN DEL/LA AFILIADO/A** ☐ CUD ☐ Comprobante de último aporte. ☐ Certificación negativa. ☐ Constancia de padrón de beneficiarios de la SSS. ☐ Constancia de alumno con CUE.	☐ **DOCUMENTACIÓN MÉDICA** ☐ Resumen de HC. ☐ Órdenes médicas ☐ Planilla FIM (si lo requiere) ☐ En caso de modificación del plan terapéutico deberá presentarse nuevamente con la modificación correspondiente integrando todas las prestaciones.

DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL

General

- ☐ Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes.
- ☐ Conformidad de Prestación.
- ☐ Informe inicial/Informe evolutivo.
- ☐ Plan de abordaje.
- ☐ Constancia de AFIP del prestador.
- ☐ Datos bancarios (CBU) del prestador.

Específica

PRESTACIONESDEAPOYO:

- ☐ Título y matrícula profesional.
- ☐ Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente.

MÓDULOINTEGRALINTENSIVO/SIMPLE–ESTIMULACIÓNTEMPRANA:

- ☐ Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación, conforme al Anexo VI de la Resolución N° 789/09 – M. Salud.
- ☐ Inscripción en Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.

EDUCACIÓNESPECIAL–CENTRODEDÍA–CET - HOGAR

- ☐ Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- ☐ Informe social.

INTEGRACIÓNESCOLAR

- ☐ Acta acuerdo firmada entre partes intervinientes.
- ☐ ***EN CASO DE INSTITUCIONES:*** Dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- ☐ ***EN CASO DE PROFESIONALES*** : Título habilitante y certificado analítico de materias.

TRASLADO

- ☐ Habilitación municipal y/o provincial vigente del auto a nombre de quien presupuesta.
- ☐ Póliza del seguro, VTV y licencia de conducir.
- ☐ Hoja de ruta extraída en Google Maps.
- ☐ Presupuesto traslado unificado por prestador.
- ☐ Conformidad de traslado

MODELOS DE PLANILLAS

Les recordamos que, en cumplimiento con las disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, toda documentación firmada que se presente a la Obra Social debe contar con firma original, de puño y letra (manuscrita).

📌 No se aceptarán documentos con imágenes insertadas de firmas, ya que serán rechazados, generando demoras innecesarias y retrabajo para ambas partes.

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INTEGRACIÓN ESCOLAR

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito módulo de apoyo a la integración escolar con equipo.

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito transporte desde .....

hacia .....

Período desde: hasta 2027
Con dependencia: SI / NO
Justificación médica del por qué no se puede trasladar en transporte público: .....

.....

.....

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA MAESTRA DE APOYO

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito módulo maestra de apoyo.

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA REHABILITACIÓN

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO / MODULO INTEGRAL SIMPLE (tachar lo que no corresponda)

Fonoaudiología ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Kinesiología ..... sesiones semanales ..... sesiones mensuales
Psicopedagogía ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Psicología ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Terapia Ocupacional ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Estimulación Visual ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Musicoterapia ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Psicomotricidad ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Otra

Periodo desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INSTITUCIONES

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito (tildar lo que corresponda)
___ CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - Con dependencia: SI / NO
___ CENTRO DE DIA - Con dependencia: SI / NO
___ HOGAR - Con dependencia: SI / NO

Tipo de jornada:
___ *Jornada simple*
____*Jornada doble*

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito (tildar lo que corresponda)
___ ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA
___ ESCOLARIDAD PRIMARIA
___ FORMACIÓN LABORAL
___ APRESTAMIENTO LABORAL

Tipo de jornada:
___ *Jornada simple*
____*Jornada doble*

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito módulo de estimulación temprana

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

Fecha

Debe ser anterior al inicio del tratamiento.

Resumen de Historia Clínica

Paciente:_____ DNI: _____

Diagnóstico:

_____

_____

_____

Antecedentes de salud:

_____

_____

_____

_____

Antecedentes educativos/ terapéuticos/laborales/etc.:

_____

_____

_____

_____

Evolución del ultimo año de tratamiento:

_____

_____

_____

_____

Estado actual:

Medicación:

Plan terapéutico:

Se deberá incluir el detalle completo de todas las prestaciones indicadas en el plan terapéutico correspondiente al año en curso, especificando: tipo de prestación, cantidad de sesiones semanales, tipo de jornada según corresponda y período de realización.

. . . . . .

Firma y sello del profesional tratante

. . . . . .

Firma y sello del/la médico/a auditor/a tratante

2027 - CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN

Fecha: / /

Apellido y nombre del/la beneficiario/a: _____

N° de afiliado: _____

Fecha de nacimiento:_____

Domicilio: _____

Localidad y provincia: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Yo _____ Con documento tipo _____ Nº _____

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.

- Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: _____

- Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: _____

- Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: _____

....

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 detallada/s precedentemente.

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

PARENTESCO

2027 - CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Fecha: / /

Apellido y nombre del/la beneficiario/a: _____

N° de afiliado/ DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad y provincia: _____

Yo _____ con documento tipo _____Nº _____

doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo: _____ (año)

Desde: _____ Hasta: _____(meses)

FIRMA: _____

ACLARACIÓN:_____

DNI:_____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de:

_____

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

FIRMA: _____

ACLARACIÓN:_____

DNI:_____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Juarda.

PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación			
Prestación/Especialidad:			
Período:	Desde:	Hasta:	Año:
Cantidad de sesiones semanales:			
Monto por sesión: $	Monto mensual: $		
Datos del /la Prestador/a			
Nombre y apellido / Razón social			
CUIT:			
Teléfono:	E-mail:		
Domicilio de la prestación:			

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante: _____ DNI: _____

Aclaración: _____

PRESUPUESTO MÓDULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación	Monto mensual: $		
Módulo integral simple:		Módulo Integral Intensivo:	
Período:	Desde:	Hasta:	Año:

Prestaciones a brindar: (aclarar la cantidad de sesiones semanales)
1.
2.
3.
4.
5.

Datos del /la Prestador/a

Nombre y apellido / Razón social	
CUIT:	
Teléfono:	E-mail:
Domicilio de la prestación:	

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante: _____ DNI: _____

Aclaración: _____

PRESUPUESTO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación	Monto mensual: $		
Módulo Estimulación Temprana:			
Período:	Desde:	Hasta:	Año:
Prestaciones a brindar: (aclarar la cantidad de sesiones semanales) 1. 2. 3. 4. 5.			
Datos del /la Prestador/a			
Nombre y apellido / Razón social			
CUIT:			
Teléfono:	E-mail:		
Domicilio de la prestación:			

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante: _____ DNI: _____

Aclaración: _____

PRESUPUESTO MÓDULO: APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - MAESTRA DE APOYO

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación			
Prestación/Especialidad:			
Período:	Desde:	Hasta:	Año:
Cantidad de horas mensuales:	Monto mensual: $		
Datos del /la Prestador/a	Monto mensual: $	(únicamente para institutos)	
Nombre y apellido / Razón social			
CUIT:			
Teléfono:	E-mail:		
Actividad áulica: Escuela Común:			
Domicilio de la institución educativa:			

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante: _____ DNI: _____

Aclaración: _____

PRESUPUESTO PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación	Modalidad prestacional a brindar:

Jornada simple:	Jornada doble:	Categoría A:	B:	C:
Alimentación SI:	NO:	Dependencia SI:	NO:	
Monto mensual: $				
Período:	Desde:	Hasta:	Año:	

Datos del /la Prestador/a	
Nombre y apellido / Razón social	
CUIT:	
Teléfono:	E-mail:
Domicilio de la institución educativa:	

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante: _____ DNI: _____

Aclaración: _____

PRESUPUESTO TRASLADO

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación	Se traslada a la prestación:
Nombre y apellido / Razón social:	
CUIT:	
E-mail:	Teléfono:
Compañia de seguros:	N° de Póliza:
Período:	Desde: Hasta: Año:
Dependencia SI: NO:	Apoyo que se brindará:
Km mensual total:	Valor Km: $ Monto mensual total:$

Viaje	Domicilio de Partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Horarios
1							
2							
3							

Firma y sello del/ prestador/a

INFORME/ PLAN DE ABORDAJE

Lugar de emisión: Fecha:

Datos del/la afiliado/a	
Nombre y Apellido:	
DNI:	
Datos de la Prestación	
Prestación/Especialidad:	
Período:	Año:

Informe de evaluación inicial / Informe evolutivo:

Firma y sello del/ prestador/a:

Nombre y Apellido:

Período: Año:

Plan de abordaje individual:

Firma y sello del/ prestador/a:

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha: _____

En el día de la fecha, en la ciudad de _____ se establece el presente acuerdo entre la Escuela _____con domicilio en_____ representada por _____, el/la Maestro/a de apoyo / el Equipo de apoyo a la Integración escolar representada por _____ y la familia del/la alumno/a _____ con DNI _____ representado/a por _____ para llevar a cado la integración escolar del/la alumno/a en los días y horarios _____

Periodo: _____

La Institución educativa y el/la Maestro/a de apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno/a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el/la alumno/a mantenga una 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.

Firma y sello del la Escuela Común donde se realizará la Integración:

Aclaración: _____

Firma del padre / madre /tutor:

Aclaración: _____

Firma y sello de Maestro/a / Equipo de AIE:

Aclaración: _____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Fecha: _____

Paciente: _____ DNI : _____

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional:

7	Independencia completa (en tiempo y seguridad)	Sin ayuda
6	Independencia con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
5	Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o más de la tarea)	Con ayuda
3	Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea)	
2	Con asistencia máxima (realiza del 25% al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	

CUIDADO PERSONAL	PUNTAJE
1.Comida	
2.Aseo	
3.Bañarse	
4.Vestirse parte superior	
5.Vestirse parte inferior	
6.Ir al baño	
CONTROL ESFINTERIANO	PUNTAJE
7.Vejiga	
8.Intestino	
MOVILIDAD	
TRANSFERENCIA	
9.Cama, silla, silla de ruedas	
10.Toilet	
11.Ducha	

LOCOMOCIÓN	PUNTAJE
12.Camina / silla de ruedas	
13.Escaleras	
COMUNICACIÓN	
14.Comprensión (audio-visual)	
15.Expresión (verbal-no verbal)	
CONEXIÓN SOCIAL	
16.Interacción social	
17.Resolución de problemas	
18.Memoria	

TOTAL FIM /126

Firma y sello del profesional

Fecha

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Paciente: _____ DNI: _____

Cuidado personal: _____

_____

_____

_____

Control esfinteriano: _____

_____

_____

_____

Movilidad: _____

_____

_____

_____

Comunicación: _____

_____

_____

_____

Conexión social: _____

_____

_____

_____

_____

Firma y sello del profesional

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha: _____

Afiliado/a: _____ DNI: _____

Por medio de la presente, solicito se registre la **baja de la prestación** de:

_____ *(Ej.: Psicología, CET, EGB, etc.)*

con el/la profesional y/o institución *(nombre y apellido del profesional o nombre de la institución)*:

_____

a partir de la siguiente fecha: _____

Asimismo, solicito se gestione el **alta de la misma prestación** con el/la profesional y/o institución:

_____

a partir de: _____

_____	_____	_____
Firma	Aclaración	DNI

NOTA DE SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO

Fecha: _____

Afiliado/a: _____ DNI: _____

Por medio de la presente, solicito se registre la **baja de la prestación** de:

_____ *(Ej.: Psicología, CET, EGB, etc.)*

con el/la profesional y/o institución *(nombre y apellido del profesional o nombre de la institución)*:

_____

a partir de la siguiente fecha: _____

_____	_____	_____
Firma	Aclaración	DNI

Nómina de Prestadores

De acuerdo con lo establecido en el artículo 6° de la Ley N.º 24.901 y su reglamentación a través del Decreto N.º 1193/98, OSMATA no cuenta con una nómina exclusiva de prestadores contratados en el área de discapacidad.

En cumplimiento de la normativa vigente, los beneficiarios que posean Certificado Único de Discapacidad (CUD) tienen derecho a acceder a la cobertura del plan de tratamiento indicado por su médico tratante, pudiendo elegir libremente a los prestadores que consideren adecuados, siempre que estos cumplan con la documentación exigida para cada modalidad prestacional, conforme a la Resolución N.º 360/2022, sus modificatorias y complementarias.

Los afiliados/as podrán consultar en su seccional o delegación un listado informativo de prestadores que han trabajado previamente con la Obra Social. No obstante, se aclara que OSMATA no mantiene vínculo contractual alguno con dichos profesionales o instituciones, ni dicha información implica recomendación o sugerencia por parte de la Obra Social.

La documentación requerida para cada tipo de prestación se encuentra detallada en las páginas anteriores, de manera clara y ordenada.

El equipo interdisciplinario de OSMATA, junto con el personal administrativo del área de discapacidad, está a disposición de los beneficiarios y sus familias en todo el país, con el compromiso de garantizar una cobertura adecuada, accesible, con prestadores idóneos y en tiempo oportuno.