OSTEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

RNAS 1-2070-2

GUÍA PARA LA AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

2027

Autorizaciones • Documentación • Modalidades prestacionales

Índice

1. Requerimientos generales **3**

2. Requerimientos por prestaciones **4**

2.1 Estimulación temprana 4
2.2 Módulo de apoyo a la integración escolar / Maestro de apoyo 4
2.3 Tratamientos de rehabilitación ambulatorias: terapias 5
2.4 Hospital de día en rehabilitación 6
2.5 Educación especial 7
2.6 Centro educativo terapéutico 8
2.7 Centro de día 8
2.8 Hogares / Hogar con centro de día 9
2.9 Transporte especial 9

3. Dependencia **11**

4. Informe de seguimiento semestral **12**

5. Cambio / Baja del prestador **13**

6. Anexos y planillas **14**

7.Tabla FIM y Ejes de apoyo tabla FIM. **24**

1- REQUERIMIENTOS GENERALES

- CUD vigente.
- Presentar datos actualizados (Anexo 1)
- Resumen de Historia Clínica (Anexo 2)
- Prescripción Médica :

  Datos que debe contener
  - Nombre completo del Beneficiario
  - Nro. Afiliado, DNI
  - Diagnóstico
  - Modalidad Escuela (EGB), CET, Centros de Día, Formación Laboral
  - Tipo de Jornada: Simple o doble
  - Modalidad Terapias de Rehabilitación: indicar cantidad de sesiones semanales y mensuales. Una prescripción por cada terapia
  - Los Hogares detallar tipo de modalidad (permanente con Centro de Día, con CET, con Formación Laboral etc)
  - Transporte Especial: El médico deberá justificar clínicamente la imposibilidad del uso de transporte público
  - La dependencia de terceros solo es posible en algunas modalidades Prestacionales: Hogares, CET, Centro de Día y Transporte Especial Fecha de emisión y periodo de la prestación: El pedido médico deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación y detallar el Periodo (ejemplo Febrero a diciembre 2027).
  - Firma del Profesional Médico: el profesional no deberá pertenecer a la Institución donde se realizará la prestación
  - Sello del profesional legible
- Conformidad Prestacional anual para Instituciones y Profesionales (Anexo 3) y para Transporte Especial (Anexo 4)
- Presupuesto institucional y profesional (Anexo 5)
- Presupuesto Transporte (Anexo 6)
- Planilla de CBU (Anexo 7)
- Toda Institución deberá acreditar su categorización definitiva y estar inscripto en la ANDIS
- Los profesionales deberá presentar su Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente

La documentación que se envíe a nuestro correo discapacidad.ostel@gmail.com debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido (No se aceptaran otro tipo de formato)

2 - REQUERIMIENTOS POR PRESTACIONES

2.1 ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Proceso terapéutico-educativo destinado a promover la salud integral de las diferentes etapas evolutivas del niño pequeño con desafíos en el desarrollo con CUD.

Destinado a Beneficiarios de 1 a 3 años de edad cronológica.

Atención ambulatoria individual con participación activa del grupo familiar.

Se contemplará un máximo de tres sesiones semanales, con carga mínima por sesión de 45 minutos.

Documentación requerida

- Resumen de Historia clínica con firma y sello del médico tratante, el profesional no deberá pertenecer a la institución donde se realizará la prestación (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación con firma y sello legible del médico tratante. Deberá indicar, la prestación solicitada: Módulo de Estimulación Temprana, el período prestacional, con fecha de emisión anterior al inicio de la prestación
- Conformidad de la prestación firmada por familiar/tutor (Anexo 3)
- Informe de evaluación inicial: deben constar los instrumentos de valoración aplicados, y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
- Plan de abordaje individual: deberá detallar objetivos específicos y las estrategias a utilizar en el proceso terapéutico. Indicar plan de trabajo con la familia.
- Informe evolutivo semestral: deberá detallar período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados. Detallar si desde el equipo se planifican nuevos objetivos o intervenciones de acuerdo al proceso del niño y su familia. Firmado y sellado por el prestador.
- Presupuesto prestacional (Anexo 5)
- Comprobante de CBU (Anexo 7)
- Categorización ANDIS y constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP)
- Toda la documentación deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación
- A los 6 meses de iniciado el proceso terapéutico se deberá enviar el informe evolutivo

2.2 Módulo de Apoyo a la Integración Escolar/ Maestro de Apoyo

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar

Proceso programado de apoyo pedagógico integral que requiere un alumno con discapacidad para cursar su trayectoria educativa en Escuela de Nivel (Nivel Inicial, Nivel Primario y Nivel Secundario) brindado por equipos categorizados para tal fin.

El Módulo de Apoyo a la Integración escolar implica una carga horaria mínima de 32 hs. mensuales

Equipo a cargo de la prestación: deberá presentar Categorización ANDIS y constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP).

Maestra de Apoyo

Proceso programado de apoyo pedagógico integral que requiere un alumno con discapacidad para cursar su trayectoria educativa en Escuela de Nivel (Nivel Inicial, Nivel Primario y Nivel Secundario) brindado por Lic. en Psicopedagogía con RNP emitido por la SSSalud.

La prestación Maestra de Apoyo a la Integración escolar implica una carga horaria mínima de 24 hs. mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestra de Apoyo valor hora.

El profesional que otorgue esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Documentación requerida

- Resumen de Historia clínica con firma y sello del médico tratante, el profesional no deberá pertenecer a la institución donde se realizará la prestación (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación con firma y sello legible del médico tratante. Deberá indicar la prestación solicitada: Módulo de Apoyo a la Integración Escolar, el período prestacional con fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
- Conformidad de la prestación firmada por familiar/tutor (Anexo 3)
- Informe de evaluación inicial: deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
- Plan de adaptaciones curriculares firmado por autoridades de la escuela de nivel y equipo integrador.
- Acta Acuerdo firmado por autoridades de la escuela de nivel, equipo integrador y familia.
- Constancia de alumno regular (CAR) correspondiente al ciclo lectivo con Nro. de CUE.
- Presupuesto prestacional (Anexo 5)
- Comprobante de CBU (Anexo 7)
- Toda la documentación deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación
- A los 6 meses de iniciado el proceso educativo se deberá presentar informe evolutivo

2.3 TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN AMBULATORIAS: TERAPIAS

Prestación de Apoyo:

Se entiende por Prestación de Apoyo al *único tratamiento* que se realiza como complemento de una Prestación Principal: Escuela de Nivel, Escuela Especial en todos los niveles, CET y Centro de Día.

El máximo de horas de Prestación de Apoyo será de hasta 6 horas semanales, 24 horas mensuales. Carga horaria mínima por sesión: 45 minutos.

Módulos de Atención Ambulatoria:

Cuando el Beneficiario requiera más de una terapia, por ejemplo: Fonoaudiología y Terapia Ocupacional.

- **TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO: Comprende la atención de las terapias con una frecuencia semanal (5 días de lunes a viernes).**
- **TRATAMIENTO INTEGRAL SIMPLE: cuando las sesiones de las terapias indicadas se brindan con una periodicidad menor a los 5 días de la semana.**

Documentación requerida

- Resumen de Historia clínica con firma y sello del médico tratante, el profesional no deberá pertenecer a la institución donde se realizará la prestación (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación con firma y sello legible del médico tratante. Deberá indicar:
    a. la terapia solicitada (Ej. Fonoaudiología)
    b. la cantidad de sesiones semanales y mensuales (Ej. 2 veces por semana, 8 sesiones mensuales).
    c. el período solicitado (Ej. de marzo a diciembre 2027).
    d. el período prestacional, con fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
- Conformidad de la prestación firmada por familiar/tutor (Anexo 3)
- Informe de evaluación inicial: deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
- Plan de abordaje individual, deberá detallar objetivos específicos y las estrategias a utilizar en el proceso terapéutico. Indicar plan de trabajo con la familia.
- Informe de trabajo interdisciplinario firmado por los terapeutas que conforman el módulo.
- Informe evolutivo semestral: deberá detallar período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.

  Detallar si desde el equipo se planifican nuevos objetivos o intervenciones de acuerdo al proceso del niño y su familia. Firmado y sellado por el prestador.
- Presupuesto prestacional (Anexo 5)
- Comprobante de CBU (Anexo 7)
- Categorización ANDIS y constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP) para Centros de rehabilitación.
- RNP vigente para profesionales independientes.
- Terapias autorizadas: Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Psicomotricidad y Kinesiología.
- Toda la documentación deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación,
- A los 6 meses de iniciado el proceso terapéutico se deberá enviar un informe evolutivo

2.4 HOSPITAL DE DIA EN REHABILITACIÓN

Tratamiento ambulatorio de rehabilitación neurológica intensiva con concurrencia institucional DIARIA, en jornada simple o jornada doble con el objetivo terapéutico de rehabilitación interdisciplinaria integral.

NO INCLUYE A LA ATENCIÓN en HOSPITALES DE DIA PSIQUIÁTRICOS.

Documentación requerida

- Resumen de Historia clínica con firma y sello del médico tratante, el profesional no deberá pertenecer a la institución donde se realizará la prestación. (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación con firma y sello legible del médico tratante. Deberá indicar:
    a. la terapia solicitada (Ej. Fonoaudiología).
    b. la cantidad de sesiones semanales y mensuales (Ej. 2 veces por semana, 8 sesiones mensuales).
    c. el período solicitado (Ej. de marzo a diciembre 2027).
    d. el período prestacional, con fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.

- Conformidad de la prestación firmada por familiar/tutor (Anexo 3)
- Informe de evaluación inicial: deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
- Plan de abordaje individual, deberá detallar objetivos específicos y las estrategias a utilizar en el proceso terapéutico. Indicar plan de trabajo con la familia.
- Informe de trabajo interdisciplinario firmado por los terapeutas que conforman el módulo.
- Informe evolutivo semestral: deberá detallar período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados. Detallar si desde el equipo se planifican nuevos objetivos o intervenciones de acuerdo al proceso del niño y su familia. Firmado y sellado por el prestador
- Presupuesto prestacional (Anexo 5)
- Comprobante de CBU (Anexo 7)
- Categorización institucional en ANDIS y constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP).

2.5 EDUCACIÓN ESPECIAL

Educación inicial/escolaridad pre primaria:

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 4 y 5 años de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

Educación General Básica / Escolaridad Primaria:

Proceso Educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 17 años aproximadamente.

Formación Laboral:

Proceso de Capacitación que implica evaluación y orientación específica con el objetivo de preparar a una persona con discapacidad para su inserción socio laboral. La institución que la brinda debe contar con un programa específico de duración determinada y aprobada por organismos oficiales (Ministerio de Educación y Ministerio de Salud)

Edad: desde los 18 años.

Documentación requerida

- Resumen de Historia clínica con firma y sello del médico tratante, el profesional no deberá pertenecer a la institución donde se realizará la prestación (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación con firma y sello legible del médico tratante. Deberá indicar la prestación solicitada, tipo de jornada (jornada simple o doble) el período prestacional con fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
- Conformidad de la prestación firmada por familiar/tutor (anexo 3)
- Informe de evaluación inicial: deben constar los instrumentos de valoración aplicados, y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
- Constancia de alumno regular (CAR) correspondiente al ciclo lectivo correspondiente con el número de CUE.
- Presupuesto prestacional (Anexo 5)
- Comprobante de CBU (Anexo 7)

- Equipo a cargo de la prestación: deberá presentar Categorización ANDIS y constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.
- Informe evolutivo semestral: deberá detallar período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados. Detallar también si desde el equipo se planifican nuevos objetivos o intervenciones

2.6 CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Modalidad prestacional que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños/as y adolescentes cuya discapacidad no les permite acceder a un sistema educativo común o especial y requiere este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Documentación requerida

- Resumen de Historia clínica con firma y sello del médico tratante, el profesional no deberá pertenecer a la institución donde se realizará la prestación (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación con firma y sello legible del médico tratante Deberá indicar la prestación solicitada, tipo de jornada (jornada simple o doble), el período prestacional con fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
- Conformidad de la prestación firmada por familiar/tutor (Anexo 3)
- Informe de evaluación inicial: deben constar los instrumentos de valoración aplicados, y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
- Cronograma semanal de talleres y actividades.
- Plan de abordaje individual.
- Presupuesto prestacional (Anexo 5)
- Comprobante de CBU (anexo 7)
- Informe evolutivo semestral: deberá detallar período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados. Detallar también si desde el equipo se planifican nuevos objetivos o intervenciones
- Institución a cargo de la prestación: deberá presentar Categorización ANDIS y constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.

2.7 CENTRO DE DÍA

Modalidad de tipo ambulatoria que tiene como objetivo terapéutico lograr el máximo desarrollo de autonomía e independencia de la persona con discapacidad en las actividades de la vida diaria.

Documentación requerida

- Resumen de Historia clínica con firma y sello del médico tratante, el profesional no deberá pertenecer a la institución donde se realizará la prestación (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación con firma y sello legible del médico tratante. Deberá indicar la prestación solicitada, el tipo de jornada (jornada simple o doble), el período prestacional con fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
- Conformidad de la prestación firmada por familiar/tutor (Anexo 3)

- Informe de evaluación inicial: deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
- Cronograma semanal de talleres y actividades.
- Plan de abordaje individual.
- Presupuesto prestacional. (Anexo 5)
- Comprobante de CBU (Anexo7)
- Informe evolutivo semestral: deberá detallar período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados. También detallar si desde el equipo se planifican nuevos objetivos o intervenciones
- Institución a cargo de la prestación: deberá presentar Categorización ANDIS y constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.

2.8 HOGARES // HOGAR CON CENTRO DE DIA PERMANENTE O DE LUNES A VIERNES

Modalidad prestacional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos esenciales (vivienda, alimentación, atención personalizada, integración socio afectiva, etc.) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Documentación requerida

- Resumen de Historia clínica con firma y sello del médico tratante, el profesional no deberá pertenecer a la institución donde se realizará la prestación (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación con firma y sello legible del médico tratante. Deberá indicar la prestación solicitada, ESPECIFICAR SI ES PERMANENTE O DE LUNES A VIERNES, indicar el período prestacional con fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
- Conformidad de la prestación firmada por familiar/tutor o Curador Oficial (Anexo 3)
- Informe de evaluación inicial: deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
- Cronograma semanal de talleres y actividades, incluidas las actividades de sábados y domingos.
- Plan de abordaje individual.
- Informe socio ambiental confeccionado por Lic. en Trabajo Social.
- Presupuesto prestacional. (Anexo 5)
- Comprobante de CBU (Anexo 7)
- Informe evolutivo semestral: deberá detallar período de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados. Detallar si desde el equipo se planifican nuevos objetivos o intervenciones.
- Institución a cargo de la prestación: deberá presentar Categorización ANDIS y constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.

2.9 TRANSPORTE ESPECIAL

El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa**.** Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por causas clínicas, sociales o conductuales de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos.

No se abonará el servicio de Transporte Especial cuando el familiar tenga un automóvil por Ley Nro. 19.279

Se autorizarán los km de traslado conforme determina el programa de georreferenciación utilizado, y será abonada por mes completo.

Una vez autorizada la prestación se tendrá en cuenta las fechas de vencimiento de la Habilitación Municipal, VTV, Seguro Automotor y Carnet de Conducir.

Para dar curso a la facturación mensual todos los documentos deberán estar vigentes.

Documentación requerida

- Resumen de Historia Clínica firmado por el médico tratante (Anexo 2)
- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante. **Se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público por causas sociales o conductuales**. Deberá indicar el periodo prestacional y la prestación solicitada.
- Conformidad del transporte firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor (Anexo 4)
- Presupuesto con el diagrama de los traslados, indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje (Anexo 6) y constancia del programa de georreferenciación firmada por la familia, que acredite la distancia recorrida firmado por la referida. Los viajes a terapias e instituciones se deben detallar en un UNICO presupuesto.
- Comprobante de CBU del prestador**.** (Anexo 7)
- Habilitación, Póliza, VTV y Carnet de conducir vigentes donde conste que el vehículo está habilitado para el transporte de pasajeros (no uso particular), licencia de conducir y Verificación Técnica Vehicular.

En caso de vencimiento de estos documentos, durante el año en curso, se deberá enviar la documentación actualizada.

Dependencia: En caso de solicitar dicho adicional, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) completa, incluyendo los apoyos para el traslado, confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán (El protocolo de la Tabla FIM se encuentra publicado en la página de OSTel).

- Toda la documentación deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.

> **En caso de cambio de domicilio durante el año, se solicitará enviar una nueva planilla de Datos Actualizados, Planilla de Conformidad Prestacional, Georreferenciación firmada por la familia y presupuesto.**

3- DEPENDENCIA

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia en los casos en que se encuentre debidamente justificado para las siguientes modalidades:

- **Centro de Día**
- **Centro Educativo Terapéutico**
- **Hogar**
- **Hogar con Centro de Día**
- **Hogar con Centro Educativo Terapéutico**
- **Transporte Especial (solo para beneficiarios desde los 6 años – SIN EXCEPCIÓN).**

Documentación requerida

- En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de **Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico**, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual
- El protocolo de la Tabla FIM se encuentra publicado en la página de OSTel.
- En caso de solicitar dependencia para **Transporte Especial** (beneficiarios + 6 años) debe estar indicada y justificada por el médico tratante. Además, es requisito presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán
- El protocolo de la Tabla FIM se encuentra publicado en la página de OSTel.

4 - INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL

A los 6 meses de iniciada la prestación se debe adjuntar un “Informe de seguimiento semestral” confeccionado por el profesional o institución tratante (este informe es independiente del seguimiento anual que realiza el equipo de Trabajo Social perteneciente al equipo interdisciplinario de discapacidad de OSTEL).

Detallamos a continuación contenidos a tener en cuenta para la elaboración del informe:

- Información básica del paciente y su historia clínica relevante.
- Breve descripción de la situación clínica del paciente.
- Evaluación del estado actual del paciente.
- Descripción de los cambios observados durante el semestre.
- Descripción de las intervenciones y técnicas terapéuticas utilizadas y de los resultados obtenidos durante el semestre.

Participación Familiar y Comunicación:

Evaluación de la participación de la familia en el tratamiento y su efectividad.

Plan terapéutico para el 2do semestre

Sugerencias y recomendaciones terapéuticas para el próximo período de tratamiento

5 - CAMBIO/BAJA DEL PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador la documentación debe remitirse con anterioridad para la evaluación del equipo de Auditoría.

Cambio/Baja:

- Nota del beneficiario solicitando el cambio o baja (Anexo 9)
- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.

Fallecimiento del beneficiario:

- Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento (Anexo 9)
- Certificado de defunción.

Abandono del tratamiento:

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida. (Anexo 9)

ANEXOS PLANILLAS

Anexo 1

Datos actualizados Beneficiarios 2027

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Domicilio Actual:

Código Postal: Localidad: Provincia:

Contacto telefónico familiar: Tipo de Vínculo:

Correo electrónico:

Declaro bajo Juramento de la ley, la veracidad de la información proporcionada en el presente documento, asumiendo plena responsabilidad de los datos consignados.

Firma del afiliado o Familiar:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Anexo 2

Resumen de Historia Clínica

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Nro. Afiliado:

Edad:

Diagnóstico:

Informe Integral de la condición de salud:

Descripción de las prestaciones que recibe actualmente:

Firma y sello del profesional

Anexo 3

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2027

Fecha: …./...../.....
Apellido y nombre del beneficiario:
Número de Afiliado:
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.

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: .....

Anexo 4

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha…../…../……

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento Tipo (……)

N°....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

Desde……hasta……..

Firma:……..

Aclaración:……

Documento:……..

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 brindad es realizada en nombre de

……

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

Firma: ……

Aclaración: ……

Documento: ……..

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.

Anexo 5

PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2027

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_____

Período desde _____hasta_____

Almuerzo SI – NO

Monto Mensual_____

En caso de corresponder: Dependencia SI – NO

Matrícula Anual_____

Cantidad de sesiones mensuales_____ Monto por sesión_____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación

Dias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador:

PRESUPUESTO TRANSPORTE **Anexo 6**

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): SI - NO
Detallar Tipo de Asistencia requerida para el traslado (Apoyos) :

Valor del Km: Monto Mensual:

	Fecha Vto.		Fecha Vto.		Fecha Vto.		Fecha Vto.
Habilitación		Seguro		VTV		Lic Conducir	

Tener en cuenta: vencidas las habilitaciones se deberá enviar la vigencia para la continuidad de la prestación

Firma y Aclaración del Transportista:

Planilla CBU

Sres. OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por las prestaciones de discapacidad

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:…….

Nro. de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.……

Entidad
Bancaria……

Nro. CBU.....

Dirección de correo electrónico……..

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado

Planilla de Asistencia Mensual **Anexo 8**

Apellido y Nombre del beneficiario:

Prestador:

Prestación brindada:

Mes: Año:

Fecha (dd/mm/aa)	**Firma del Prestador**	**Firma del afiliado/ familiar responsable**	**Aclaración del afiliado/familiar responsable**

La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Institución	**Prestador/Profesional**	**Afiliado/ Responsable familiar**
Firma	Firma	Firma
Sello y Aclaración	Sello y Aclaración	Aclaración: DNI: Vínculo

Anexo 9

Solicitud de Baja o Cambio de Prestador

Fecha:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI:

BAJA

Causas:

Fallecimiento ☐ Abandono de Tratamiento ☐

Solicito la baja de la prestación de _____

A cargo de _____

Finalización a partir del día: _____

ALTA

Solicito el alta para el cambio de la siguiente prestación:_____

A cargo de _____

A partir del día _____

Por el periodo _____

Firma:

Aclaración:

DNI:

Vínculo:

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) – INSTITUCIONES -

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONSTROL DE INTESTINOS	
8	CONSTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA	
	LOCOMOCIÓN	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACION	
14	COMPRENSIÓN	
15	EXPRESIÓN	
	CONEXION	
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE FIM TOTAL	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

ACTIVIDAD	PUNTAJE
INDEPENDIENTE TOTAL	7
INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6

ACTIVIDAD	PUNTAJE
SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE	5
SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.	4
REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS	3
REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS	2
REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%	1

Resolución 1731/21: "En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindán conforme al plan de abordaje individual.
En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran"

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTEVINIENTE	Nº DE MATRICULA	ESPECIALIDAD
FECHA:		

OSTEL

INFORME CUALITATIVO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		

CUIDADO PERSONAL

CONTROL ESFINTERIANO

MOVILIDAD

COMUNICACIÓN

CONEXIÓN SOCIAL

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIM // INSTITUCIONES (Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)

NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		

DETALLE DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARAN CONFORME AL PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIM // TRASLADOS		
NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		

DETALLE DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARÁN EN EL CRONOGRAMA DE TRASLADOS

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

A partir de la Resolución 1743/2024 RESOL-2024-1743-APN-SSS#MS, Anexo 2 en el que indica que *"En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con Centro educativo terapéutico, Centro de día y Centro educativo terapéutico, se deberá presentar el* ***informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)****, confeccionada por* ***Lic. en Terapia ocupacional*** *y el informe del prestador especificando los* ***apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual"*** **y** ***"****En caso de solicitar dependencia para la prestación de* ***transporte*** *se deberá presentar el* ***informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)****, confeccionada por* ***médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran",*** se envía la siguiente tabla en la que se detalla una grilla de apoyos necesarios que se pueden extraer de la tabla Funtional Independence Measure (FIM) para que se consigne con una cruz los apoyos brindados.

Nombre del beneficiario/a:

Profesional interviniente:

Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Grilla de apoyos	**Apoyo que se brinda**
Alimentación	
Apoyo para comer (cortar alimentos, alimentar)	
Uso de utensilios adaptados	
Suplementos nutricionales	
Baño	
Apoyo para bañarse (duchar, lavar)	
Uso de asientos de baño o barras de apoyo	
Ayuda para vestirse y desvestirse	
Vestido	
Apoyo para vestirse (abotonar, atar)	
Uso de ropa adaptable	
Ayuda para desvestirse	
Uso de baño	
Apoyo para ir al baño (transferencia, equilibrio)	
Uso de asientos de baño o barras de apoyo	
Ayuda para limpieza personal	
Continencia:	
Apoyo para control de esfínteres	

Uso de pañales o protectores	
Ayuda para limpieza personal	
Transferencia	
Apoyo para levantarse o sentarse	
Uso de sillas de ruedas o andadores	
Ayuda para transferencia entre superficies	
Deambulación	
Apoyo para caminar (equilibrio, estabilidad)	
Uso de andadores o bastones	
Ayuda para subir o bajar escaleras	
Comunicación	
Apoyo para comunicarse (hablar, escuchar)	
Uso de dispositivos de comunicación (teléfonos, tabletas)	
Ayuda para leer o escribir	
Cognición	
Apoyo para tareas cognitivas (recordar, aprender)	
Uso de ayudas visuales o auditivas	
Ayuda para tomar decisiones	
Otros Apoyos	
Apoyo emocional	
Apoyo social	
Apoyo para gestionar medicamentos	
Apoyo para realizar tareas domésticas	
Apoyo para transporte y movilidad	

Firma y sello del profesional.