

Instructivo

DISCAPACIDAD 2023

MECANISMO DE INTEGRACIÓN

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a través del mecanismo de INTEGRACIÓN, financiará las prestaciones básicas por discapacidad a través de subsidios directos siempre que las solicitudes de los mismos den cumplimiento a la normativa vigente en la materia y a los procedimientos y requisitos incluidos en la misma.

DECRETO 904/2016	MSalud
RESOLUCIÓN 406/2016	SSSalud
RESOLUCIÓN 887/2017	SSSalud
RESOLUCION 1731/2021	SSSalud
RESOLUCION 360/2022	SSSalud

SOLICITUD DE PRESTACIONES 2023

I. A TENER EN CUENTA

- La documentación corresponderá al **TRATAMIENTO ANUAL** prescripto.
- La solicitud **NO DEBERÁ ESTAR SUJETA AL AÑO CALENDARIO**, a excepción de las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo.
- La **firma del BENEFICIARIO** en los documentos que lo requieran debe ser en forma **ológrafo**

II. DOCUEMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2023

- ✓ **Certificado de Discapacidad vigente.**
- ✓ **Resumen de historia clínica:** firmado por médico tratante.- **SE ADJUNTA MODELO -.**
- ✓ **Prescripción de las prestaciones** comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante. – **SE ADJUNTA MODELO -.**
 - *La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuaran las prestaciones.*
 - *Para cada prestación se debe indicar el periodo prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia. (jornada simple-doble).*
 - *Para la prestación transporte, en la prescripción se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para moverse en transporte público.*
- ✓ **Conformidad por las prestaciones** firmada por la persona con discapacidad o familiar/responsable/tutor. - **SE ADJUNTA MODELO -.**

- ✓ **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. – **SE ADJUNTA MODELO -**.
- ✓ **Informe evolutivo de la prestación,** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. – **SE ADJUNTA MODELO -**
- ✓ **Plan de abordaje individual,** en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos. – **incluido en el modelo de informe inicial y evolutivo -**
- ✓ **Presupuesto prestacional.** – **SE ADJUNTAN MODELOS POR TIPO DE PRESTACION-**
- ✓ **Títulos Habilitantes**
- ✓ **Informe de seguimiento semestral** de la prestación brindada.

Dependencia:

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de **Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico,** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual. **-SE ADJUNTA MODELO-**

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 ADJUNTA MODELO -**

Títulos Habilitantes y Registros:

- 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)
- 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).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Constancia de CUIT.

III. DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA POR PRESTACIÓN

a) Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:

- Constancia de alumno regular
- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.

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

b) Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar:

Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

c) Transporte:

- Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.

- Presupuesto de transporte – **ver modelo** - en el cual conste: diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de kilómetros por viaje (conforme al programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmado por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.
- Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.

FACTURAS Y RECIBOS CANCELATORIOS

IV. CONFECCIÓN DE LAS FACTURAS

Deberán ser tipo A o C y emitirse a:

OSPAT

Av. Pres. Roque Sáenz Peña 832, Piso 3 (C1035AAQ) CABA

CUIT: 30-67911343-3

Profesionales / Instituciones: (según corresponda)

- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (Nombre y Apellido completo y DNI).
- Período de prestación.
- Debe especificar el tipo de prestación brindada, no el tipo de abordaje. (Ej.: Psicología y NO tratamiento cognitivo conductual).
- Cantidad de sesiones / tipo de jornada / modulo / categoría A, B o C.
- Importe unitario de la sesión / del módulo / jornada y categoría.
- Firma y sello del Profesional o Centro (solo en caso de facturas impresas).

Transporte:

- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (Nombre y Apellido y DNI).
- Período de prestación.
- Cantidad de viajes, origen y destino.
- Cantidad de kilómetros por viaje.
- Cantidad de kilómetros mensuales por viaje.

- Cantidad de kilómetros totales del período.
- Valor del kilómetro.

Ejemplo: 44 viajes al colegio de 12km c/u a \$ 99.00/ km- 528km al mes. (Valor Actualizado a 11/2022.)

12 Viajes a psicología de 3km c/u a \$ 99.00 /km- 36km al mes. (Valor Actualizado a 11/2022).

- Firma y sello del Transportista (solo en caso de facturas impresas).
- En caso de dependencia, debe estar desglosada en el cuerpo de la factura.

Cada factura deberá estar acompañada por la planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. La misma deberá estar firmada por el prestador, la persona con discapacidad o familiar/responsable/tutor. **Ambos documentos deberán ser enviados a OSPAT SOLO de FORMA DIGITAL**

V. RECIBO CANCELATORIO:

El prestador deberá presentar en la Delegación que corresponda el recibo cancelatorio del último período cobrado sin excepción. Una vez que OSPAT realice las transferencias bancarias a los prestadores, las Delegaciones serán informadas para facilitar la solicitud de los recibos correspondientes.

Deberán contener la siguiente información:

- Fecha.
- Número completo de factura que cancela.
- En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del recibo, verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.