



Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina

INSCRIP. RNOS N° 107800 – RNEMP 614982 – LEY N° 23660

Central: Constitución 3674, San Justo (C.P. 1745), Buenos Aires * Tel/Fax: (011) 4651-7411 o (011) 4482-0911

Sucursal: Salta 676, Mendoza Ciudad (C.P. 5500), Mendoza * Tel/Fax: (0261) 420-3589

M@IL: prestaciones.especiales@ospif.org.ar

www.obrasocialfibrocemento.com

INSTRUCTIVO de DISCAPACIDAD

GUÍA de ACCESO a PRESTACIONES ESPECIALES 2024 - 2025

DECRETO 904/2016

RESOLUCIÓN 406/2016

RESOLUCIÓN 887/2017

RESOLUCIÓN 1731/2021

RESOLUCIÓN 360/2022

VIGENTE: RESOLUCIÓN 1743/2024



prestaciones.especiales@ospif.org.ar



O.S.P.I.Fibrocemento



Bs. As: 4651-7411/ 4482-0911

Mendoza: (0261) 420-3589



www.obrasocialfibrocemento.com

INDICE

1.	<u>PRESENTACIÓN</u>	Pág.2
2.	<u>EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD</u>	Pág.2
3.	<u>DOCUMENTACIÓN</u>	Pág.3
4.	<u>REQUISITOS SEGÚN PRESTACION</u>	Pág.4
5.	<u>INDICACIONES MÉDICAS</u>	Pág.8
6.	<u>PROFESIONALES INDEPENDIENTES</u>	Pág.9
7.	<u>CENTROS</u>	Pág.9
8.	<u>INCLUSIÓN ESCOLAR – MAESTRA DE APOYO</u>	Pág.9
9.	<u>INSTITUCIONES EDUCATIVAS</u>	Pág.10
10.	<u>TRANSPORTE</u>	Pág.10
11.	<u>INFORMES</u>	Pág.10
12.	<u>FACTURACION</u>	Pág.11
13.	<u>PLANILLAS</u>	Pág.16
14.	<u>CARTILLA DE PRESTADORES</u>	Pág.25

1. PRESENTACIÓN.

La presente **Guía de Procedimiento para el Acceso a las Prestaciones de Discapacidad** tiene por objeto señalar los requisitos necesarios para gestionar la cobertura de Prestaciones Especiales, de acuerdo con la Ley 24.901 y la Resolución 482/1999 MSAL y sus normas complementarias.

Centros de Atención:

- 📄 Página Web de O.S.P.I.F: <http://www.obrasocialfibrocemento.com/>.
- 📞 Vía telefónica en Buenos Aires: (011) 4651-7411 / 4482-0911. Mendoza: (0261) 420-3589.
- 📍 Personalmente la calle Constitución 3669, de la localidad de San Justo, provincia de Buenos Aires los días: lunes de 9.30 a 13.30 y de 14.30 a 17.30.
- 📍 Personalmente en la Sucursal de OSPIF ubicada en la calle Salta 676, de la Ciudad de Mendoza, provincia de Mendoza, los días: lunes a viernes de 10.00 a 15.00.
- ✉ Por correo electrónico: prestaciones.especiales@ospif.org.ar

2. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD.

Conformado por médico neurólogo, licenciada en psicopedagogía, profesora de educación especial, licenciada en trabajo social y responsables administrativas capacitadas en Asignación de Prestaciones Especiales. Funciones del equipo:

1. Realizar **entrevistas** de **admisión** y de **seguimiento** con los pacientes que requieren prestaciones especiales y sus padres o familiares responsables.
2. Realizar **auditoria** de la **documentación** presentada garantizando la cobertura en base al correcto armado de expedientes, ya que estos deben ser presentados ante la **SSSalud**.
3. Establecer orientaciones para el **planeamiento** de los servicios, acorde a las necesidades de cada paciente.
4. Proponer **lineamientos** en base al análisis multidisciplinario, y en caso de considerarse necesario, se sugerirán **modificaciones**.
5. Introducir criterios de **excelencia** y **equilibrio presupuestario** en el sistema. Debe tenerse en cuenta que los recursos tanto humanos como económicos son limitados, y la eficiencia y equidad depende de su correcta asignación.
6. Fijar **reglamentaciones** para el adecuado uso de las prestaciones.
7. Realizar **seguimiento** y **auditoria de terreno**, tanto en organismos públicos como privados, con el fin de constatar que se brinde la asistencia acordada en forma oportuna, adecuada y permanente.
8. **Pronosticar** estimativamente la **permanencia** en cada servicio. Ante evidentes signos de detención o estancamiento, en aspectos terapéuticos o educativos, se orientará hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades.

- 2 -

Contacto con el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad

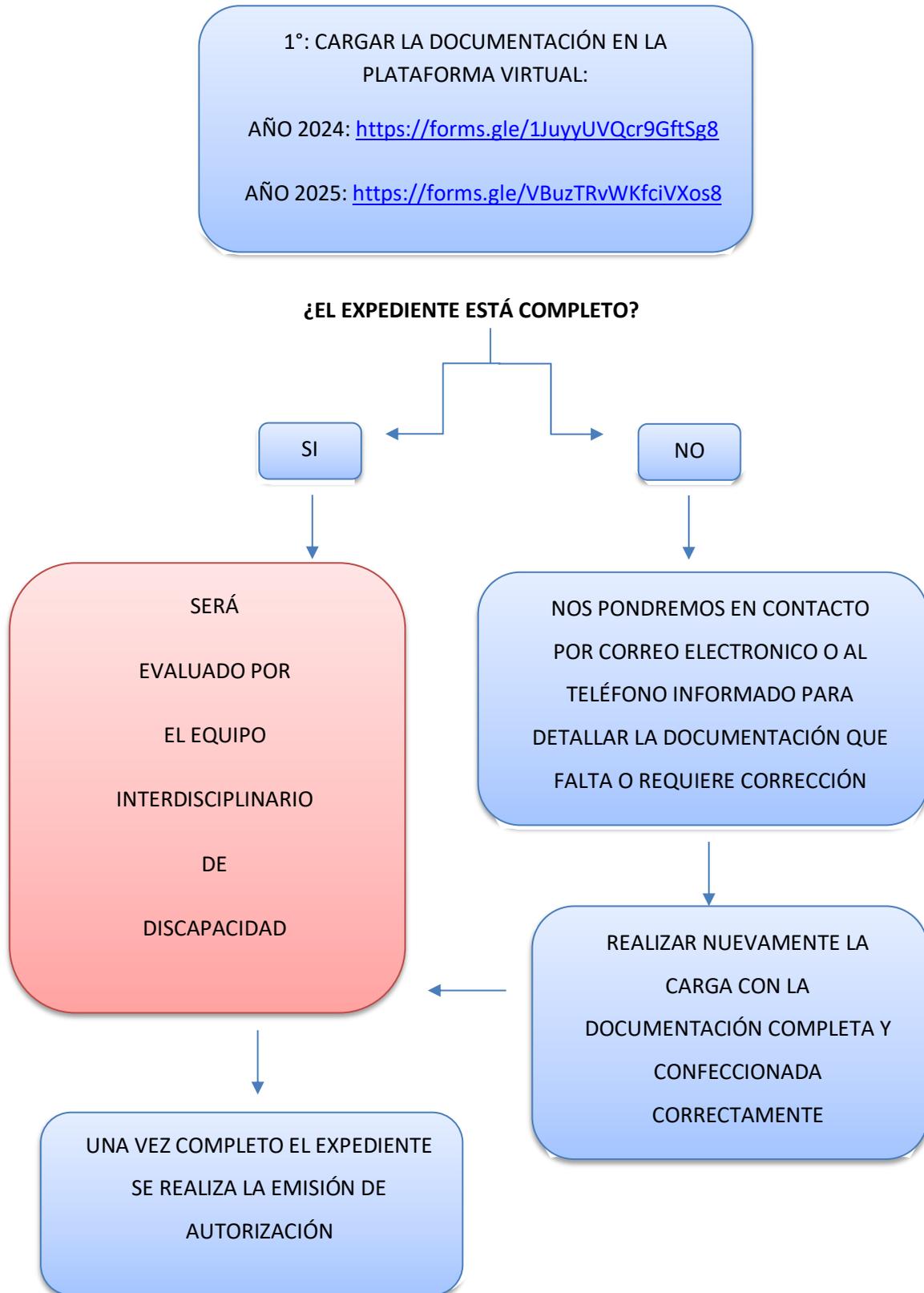
@ prestaciones.especiales@ospif.org.ar

📞 +54 9 11 2392-7244 (whatsapp)

🕒 Lunes a viernes de 9.00 a 16.00

3. DOCUMENTACIÓN.

Pasos para la **presentación** de documentación para el acceso de prestaciones especiales:



Las autorizaciones se enviarán por e-mail al prestador autorizado.

Los expedientes tienen validez para el año de vigencia, por lo tanto, caducarán cada 31 de diciembre del año en que fueron solicitados.

Tiempo de demora para emisión de autorización de expediente completo: 20 (veinte) días hábiles.

4. REQUISITOS. Ver según prestación a solicitar

RESPETAR EL ORDEN DE LA DOCUMENTACION en el PDF

PRESTACIONES DE APOYO/ CENTRO DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)

Orden	Documentación	Detalle
1	C.U.D.	<ul style="list-style-type: none"> Vigente y legible.
2	D.N.I.	<ul style="list-style-type: none"> Del beneficiario.
3	D.N.I.	<ul style="list-style-type: none"> De padre/ madre o tutor.
4	Carnet	<ul style="list-style-type: none"> De Obra social. Legible de ambos lados.
5	Último recibo O pago	<ul style="list-style-type: none"> Relación de Dependencia: Último recibo de haberes. Monotributista: Últimos 6 pagos de monotributo. Trabajadores de casas particulares: Últimos 6 ticket de pago de la cuota de obra social completa. Monotributista Sociales (Efectores Sociales): Últimos 6 pagos de monotributo o últimos movimientos. Cooperativistas no registrados: Deben realizar la inscripción como Monotributista Sociales (Efectores Sociales), o como Monotributistas del Régimen General
6	CODEM	<ul style="list-style-type: none"> Debe figurar el paciente.
7	<u>Resumen</u> <u>Médico</u>	<ul style="list-style-type: none"> Confeccionado por médico tratante especialista según patología. (Ver modelo en Instructivo)
8	<u>Ordenes</u> <u>Médicas</u>	<ul style="list-style-type: none"> Confeccionada por médico que realice el resumen médico. Una orden por cada prestación indicando frecuencia semanal y período.
9	<u>Presupuestos</u>	<ul style="list-style-type: none"> Uno por cada prestación solicitada (usar modelo vigente. Pág. 17 del instructivo)
10	Plan de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Uno por cada prestación indicando objetivos específicos y metodología (Pág. 19)
11	Informe	<ul style="list-style-type: none"> <i>Informe final</i> (en caso de ser continuidad). <i>Informe Inicial</i> detallando instrumentos de evaluación aplicados y resultados (para nuevas prestaciones)
12	Conformidad	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 2 (Resolución 1734/2024) Pág. 25 instructivo
13	Habilitación	<ul style="list-style-type: none"> Emitida por Ministerio de salud.
14	Documentación Del prestador	<ul style="list-style-type: none"> Título habilitante (para profesionales) Inscripción en Registro de ANDIS (Instituciones) Registro Nacional de Prestadores. Seguro de responsabilidad civil. Matrícula. CUIT C.B.U.

RESPETAR EL ORDEN DE LA DOCUMENTACION en el PDF

PRESTACIONES EDUCATIVAS:

MAESTRA DE APOYO, S.A.I.E, ESCUELA (todos los niveles) y C.E.T.

Orden	Documentación	Detalle
1	C.U.D.	<ul style="list-style-type: none"> Estar vigente y legible.
3	D.N.I.	<ul style="list-style-type: none"> De padre/ madre o tutor.
4	D.N.I.	<ul style="list-style-type: none"> Del beneficiario.
5	Carnet	<ul style="list-style-type: none"> De Obra social. Legible de ambos lados.
6	Último recibo O pago	<ul style="list-style-type: none"> Relación de Dependencia: Último recibo de haberes. Monotributista: Últimos 6 pagos de monotributo. Trabajadores de casas particulares: Últimos 6 ticket de pago de la cuota de obra social completa. Monotributista Sociales (Efectores Sociales): Últimos 6 pagos de monotributo o últimos movimientos. Cooperativistas no registrados: Deben realizar la inscripción como Monotributista Sociales o como Monotributistas del Régimen General
7	CODEM	<ul style="list-style-type: none"> Debe figurar el alumno.
7	<u>Resumen</u> <u>Médico</u>	<ul style="list-style-type: none"> Confeccionado por médico tratante especialista según patología. Si corresponde dependencia, incluir planilla FIM.
8	Indicación Médica	<ul style="list-style-type: none"> Confeccionada por mismo médico que realice el resumen médico. Presentar una orden por prestación indicando jornada, nivel, período y dependencia (si requiere)
9	<u>Presupuestos</u>	<ul style="list-style-type: none"> Ver modelo en Instructivo.
10	Plan de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> P.P.I: Proyecto Pedagógico Individual. Lo realiza el prestador.
11	Acta Acuerdo	<ul style="list-style-type: none"> Acta acuerdo firmada por todos los actores intervinientes.
12	C.A.R	<ul style="list-style-type: none"> Const. Alumno regular con de C.U.E.
13	Conformidad	<ul style="list-style-type: none"> Anexo (Resolución 1734/2024) Pág. 25 instructivo
14	Documentación Del prestador	<ul style="list-style-type: none"> Título habilitante (para profesionales) Inscripción en Registro de ANDIS (Instituciones) Seguro de responsabilidad civil. CUIT y C.B.U.

RESPETAR EL ORDEN DE LA DOCUMENTACION en el PDF

TRANSPORTE

No podrán pedir transporte quienes cuenten con beneficio en la ley 19.279

Orden	Documentación	Detalle
1	C.U.D.	<ul style="list-style-type: none"> Vigente y legible.
2	D.N.I.	<ul style="list-style-type: none"> De padre/ madre o tutor.
3	D.N.I.	<ul style="list-style-type: none"> Del beneficiario.
4	Carnet	<ul style="list-style-type: none"> De obra social. Legible de ambos lados.
5	Último recibo O pago	<ul style="list-style-type: none"> Relación de Dependencia: Último recibo. Monotributista: Últimos 6 pagos de monotributo. Trabajadores de casas particulares: Últimos 6 ticket de pago de la cuota de obra social completa. Monotributista Sociales (Efectores Sociales): Últimos 6 pagos de monotributo o últimos movimientos. Cooperativistas no registrados: Deben realizar la inscripción como Monotributista Sociales (o como Monotributistas del Régimen General).
6	CODEM	<ul style="list-style-type: none"> Debe figurar el paciente.
7	<u>Resumen</u> <u>Médico</u>	<ul style="list-style-type: none"> Confeccionado por médico tratante especialista según patología.
8	Indicaciones Médicas	<ul style="list-style-type: none"> Confeccionada por mismo médico que realice el resumen médico. Justificar la imposibilidad de trasladarse en transporte público y detallar destinos. Indicar si corresponde dependencia.
9	Escala F.I.M.	<ul style="list-style-type: none"> COMPLETA. Firmada por terapeuta ocupacional.
10	<u>Presupuesto</u>	<ul style="list-style-type: none"> Uno por todas las prestaciones solicitada. Máximo mensual: 1.500 kms.
11	Google Maps	<ul style="list-style-type: none"> Indicando puntos de referencia y cantidad de kms.
12	Conformidad	<ul style="list-style-type: none"> Anexo III (Resolución 1734/2024)
13	Documentación Del prestador	<ul style="list-style-type: none"> Habilitación. Póliza de seguro. VTV. Licencia de conducir. CUIT C.B.U.
14	Certificado de domicilio	<ul style="list-style-type: none"> Emitido por registro de las Personas.

5. Indicaciones MÉDICAS.

La Indicación Médica es un documento legal, por lo tanto, deben señalar **EXPLÍCITAMENTE** y en su **TOTALIDAD** los siguientes datos y/o ítems:

- Nombre y Apellido completo del paciente.
- D.N.I. del paciente.
- Nº de Afiliado.
- Diagnóstico.
- Prestación: detalle del nombre de la prestación, cantidad de sesiones semanales por terapia, demás datos de importancia, sin dirigismos ni orientaciones encubiertas.
- Para Educación Especial: indicar si es escolaridad primaria, Inicial, laboral, etc., aclarando y justificando jornada simple o doble. **Período: año calendario:** desde febrero hasta diciembre del año 2024.
- Período de intervención terapéutica: **Para las prestaciones que no sean educativas**, se acepta **año aniversario:** es decir, desde Marzo 2024 hasta Marzo 2025.
- Firma y sello del profesional (debe ser médico especialista, salvo determinadas y puntuales excepciones).
- Toda enmienda o tachadura debe estar salvada con firma y sello del profesional.
- Sólo serán válidas las órdenes médicas solicitadas por especialista de la Obra social. Las ordenes de médicos externos serán tomadas como sugerencias.

- 7 -

IMPORTANTE: El pedido médico de las prestaciones **NO** puede ser realizado por un médico de la institución en la que se realizara el tratamiento (debido a que el pedido debe ser objetivo y se pretende evitar la autogeneración de prestaciones).

La fecha de emisión del pedido médico no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en el mismo.

Debe existir total coincidencia y lógica entre lo que se solicita en el pedido médico y el presupuesto del prestador.

No se autorizarán tratamientos prescritos, presupuestados y/o facturados por su modalidad u orientación del abordaje (por ejemplo: T.C.C (Terapia Cognitivo Conductual), neurolingüista, habilidades sociales, etc.).

Las órdenes médicas deben indicar la especialidad profesional, por ejemplo: psicología, fonoaudiología, psicopedagogía, etc. (reconocidas por las autoridades competentes) o de acuerdo con los módulos contemplados según los niveles de atención brindados en instituciones categorizadas y habilitadas.

No se autorizan las prestaciones: hidroterapia, psicomotricidad, musicoterapia y zooterapia, por no ser prestaciones reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación y estar excluidas del Plan Médico Asistencial de OSPIF.

6. PROFESIONALES INDEPENDIENTES.

Estimulación Temprana: corresponde a la rehabilitación de 45 días a 4 años. Puede ser brindada sólo por profesional que cuente con título de base y posgrado habilitante.

Prestación de Apoyo: puede ser brindada por Lic. en Psicología, Fonoaudiología, Terapia ocupacional, Psicopedagogía, psicomotricidad, musicoterapia y Kinesiología: a partir de los 3 años cumplidos.

La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico.

Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes a fin de lograr una óptima distribución en días y horarios para el beneficiario. El trabajo debe ser interdisciplinario entre terapeutas.

Los profesionales deben, en todos los casos, presentar Título Profesional legalizado, C.V, Fotocopia de Matrícula, DNI, Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (SSS), Constancia de AFIP actualizada, seguro de mala praxis y habilitación de consultorio.

7. CENTROS.

Deben contar con la categorización emitida por Servicio Nacional de Rehabilitación y/o Junta evaluadora Provincial.

Deben presentar la Habilitación SANITARIA de consultorio profesional para cada prestación solicitada (emitida por Ministerio de Salud y/o Colegio profesional, según corresponda).

8. INCLUSIÓN ESCOLAR – MODULO MAESTRA DE APOYO.

Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas derivadas de la discapacidad con el objetivo de ser incluidos en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Cobertura: entre los 3 y los 18 años.

Será obligatorio para las Maestras de Apoyo a la Inclusión (ya sean independientes, de Centro o de Escuela) presentar un [ACTA ACUERDO](#): entre las cuatro partes involucradas. La misma debe ser Original firmada por el equipo integrador o profesional, la escuela común y el padre/ madre o el tutor.

Las Integraciones escolares podrán ser brindadas solo por:

- Instituciones categorizadas para las modalidades de Educación Especial, Centro Educativo Terapéutico con Integración Escolar y Equipos categorizados para esta modalidad.
- Maestra de Apoyo: podrá ser brindada por Psicopedagogo/a, Profesor/a de Educación Especial o Psicólogo/a Social.

Es obligatoria la presentación de P.P.I., indicando configuraciones de apoyo/ adecuaciones (ver resoluciones pertinentes Ministerio de Educación)

9. INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

La prestación de Educación inicial y Educación Primaria sólo se autorizarán en Instituciones de la **Modalidad Educación Especial**. No se dará cobertura a las prestaciones educativas en Instituciones de Educación común de gestión privada - Decreto 762/97 Poder Ejecutivo Nacional.

Aclaraciones:

- Brindadas en Escuelas: Se reconocerán 10 (diez) meses completos más matrícula (en caso de inicio de clases en mes de febrero, se abonarán ÚNICAMENTE los días de clases efectivamente brindados).
- Brindadas en Centro Educativo Terapéutico: NO corresponde la presentación de matrícula.
- Jornada Simple: No incluye comedor.

10. TRANSPORTE.

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo con lo previsto en la Ley 24.314, Art. 22. inc. a).

Deberá firmar declaración jurada en la cual deja constancia de no haber accedido al beneficio estipulado por la ley N° 19279 y sus modificaciones.

El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos y científicos relevantes que justifiquen la imposibilidad de hacer uso del traslado gratuito en transporte público de pasajeros.

- 9 -

Deberá presentar la Planilla de pedido de transporte y el F.I.M. completado por Terapeuta Ocupacional o Médico neurólogo (excluyente).

Será OBLIGATORIO la presentación de certificado de domicilio para pedido o continuidad de la prestación de transporte especial.

11. INFORMES.

Deberán ser entregados en forma **semestral**: mitad de año y fin de año.

Para nuevas prestaciones deberán presentar **INFORME INICIAL**.

- ☞ Deberán poseer membrete que incluya Nombre del Centro y/o del Profesional, especialidad, matrícula, domicilio, teléfono y correo electrónico, CUIT/CUIL.
- ☞ Deberán incluir todos los datos del paciente (Nombre completo, DNI, Fecha de Nacimiento, Número de Afiliado, Diagnóstico, fecha desde la que se realiza la prestación, días y horarios de atención)
- ☞ Desarrollar según Especialidad.
- ☞ Informe de evaluación inicial: se solicita al comienzo de una nueva prestación, el cual debe contar con los instrumentos de valoración aplicados y resultados.
- ☞ Informe evolutivo: debe contar con periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y próximos objetivos, si los hubiese.
- ☞ Deben tener firma y sello del profesional.

12. FACTURACION.

Se deberán cargar en la plataforma SAAS.



- F Puede solicitar el instructivo del sistema a: facturacion@ospif.org.ar
- F Documentación que se debe adjuntar:
 - Factura digital descargada de APIF.
 - Autorización (debe coincidir con el monto facturado)
 - Planilla de asistencia (no se aceptarán DD.JJ)

LAS FACTURAS DEBERAN CONTENER LOS SIGUIENTES DATOS:

- F Fecha de emisión (posterior al mes de prestación)
- F Estar extendidas a nombre de: O.S.P.I.F.
- F Domicilio: Constitución 3674, San justo, CUIT: 33-60725363-9
- F Nombre, Apellido y DNI del beneficiario.
- F Periodo Facturado (mes y año)
- F Prestación Brindada (Según Autorización)
- F Cantidad de sesiones o tipo de jornada.
- F Categoría (A-B-C) en caso de institución.

- 10 -

TRANSPORTISTAS

Además de los puntos arriba mencionados arriba, se debe detallar:

- F Punto de partida y destino.
- F Indicar si tiene dependencia (SI/ NO). De acuerdo con lo autorizado por la Obra Social.
- F Cantidad de KM recorrido por viaje.
- F Cantidad de viajes.
- F Monto individual por viaje.
- F Cantidad de KM mensuales (km por viaje x cantidad de viajes)
- F Monto total mensual.
- F Valor del KM. según Resolución 8/2022 o sus modificatorias
- F Prestación destino (a donde lo transportan: CET, Escuela Especial, Kinesiología, etc.)

Nota: Para solicitar comprobante de transferencia y detalle: tesoreria@ospif.org.ar



RESUMEN MEDICO

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Diagnóstico:



Situacion actual del paciente



Medicación



Plan terapéutico indicado

Indicar las prestaciones solicitadas. Cantidad de sesiones o tipo de jornada, según corresponda.
Período y frecuencia.

- 12 -



Transporte

Si - No



Dependencia

Si - No



Justificación Clínica de la Dependencia

(Puntaje escala F.I.M)

Firma y sello médico



**Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina**

Lugar y fecha:.....

PRESUPUESTO DE PRESTACION

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:

Domicilio: Localidad:.....

Nº Afiliado: DNI.....

Fecha de Nacimiento: Edad:

Diagnóstico:

Datos de la Prestación

Período: Desde Hasta Año

Cantidad de sesiones semanales: Mensuales: Jornada:

Indicadas por Dr./a Resolución N°

Monto por sesión: \$ Monto mensual: \$

Profesional

Razón Social: Especialidad:

Domicilio de atención:..... Localidad:.....

Teléfono:..... Email:.....

CUIT Nº..... M.P: R.N.P:.....

- 13 -

Cronograma de atención

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Especialidad						
Horarios	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:

Observaciones: _____

Firma y sello del Profesional/ Institución

Aclaración



**Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina**

Lugar y fecha:.....

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:

Domicilio:

Localidad:

Pcia:

Nº Afiliado:

DNI:

Edad:

F.N:

Diagnóstico:

Datos del transportista

Razón Social:

Compañía de seguros:

Póliza:

CUIT Nº

Mail:

Teléfono:

Datos de la Prestación

Período: Desde

Hasta

Cronograma de traslados

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

- 14 -

Cronograma de traslados: marcar con una cruz los días de traslados

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Adicional Dependencia 35%: Si/ No

Puntaje escala FIM:

Total Km mensuales:

Monto mensual:

.....
Firma y sello



Lugar y Fecha:.....

PLAN DE TRABAJO

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:

Nº Afiliado:

Datos de la Prestación

Especialidad:

Profesional que atiende al paciente:

Objetivos CONCRETOS propuestos:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Recursos:

Estrategias y acciones:

Firma y sello del profesional



MODELO: PLANILLAS DE ASISTENCIA

PLANILLA DE ASISTENCIA															
Lugar de emisión:										Fecha:					
Datos del afiliado															
Nombre y apellido:															
DNI:															
Datos de la prestación															
Prestación/Especialidad:															
Mes:										Año: 2024					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Referencias: Indicar Presente= P Indicar Ausente= A Indicar Feriado= F															
<i>IMPORTANTE: La presente planilla reviste caracter de declaración jurada Deberá coincidir con los días presupuestados. En caso de cambios de día, deberán informar por escrito.</i>															
Prestador								Persona con discapacidad o madre/padre/tutor							
Firma y sello								Firma y aclaración							



Lugar y Fecha:.....

ACTA ACUERDO

Maestra de Apoyo a la inclusión – Acompañante Externo

Nombre y Apellido del Alumno/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____

Diagnóstico: _____

Actualmente el alumno/a cursa _____ año del ciclo _____ Escuela _____

La M.A.I/ A.E. asistirá a la institución _____ hs horas semanales en el turno _____ durante el ciclo lectivo 2023.

El Equipo directivo, el Equipo de orientación Escolar y las Profesionales que acompañan, deberán supervisar el proceso, garantizando el cumplimiento del presente acuerdo.

Los padres se comprometen a apoyar el Proyecto, siendo informados sobre la evolución y necesidades del Alumno.

Se deberán realizar supervisiones trimestrales, las cuales serán enviadas a la obra social junto con el informe trimestral (inicio, medio y final).

El presente contrato podrá ser anulado en caso de incumplimiento de alguna de las partes.

El presente Acuerdo posee validez anual. Se evaluará la posibilidad de extenderlo para el próximo año, modificarlo o anularlo.

Observaciones: _____

Nota: el contrato debe estar firmado por las cuatro partes copartícipes. Sin excepción.

1. Firma y Aclaración de Padre/ Madre/ Tutor

2. Firma y Aclaración Directivo

3. Firma y Aclaración de docente/ A.E.

4. Firma del Supervisor/ Centro/ Escuela

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (F.I.M.)

- **A PARTIR DE LOS 6 AÑOS.**
- **COMPLETA T. OCUPACIONAL O NEUROLOGO (UNICAMENTE)**

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____

Sin Dependencia	7	Independencia Completa	SIN AYUDA
	6	Independencia con Adaptaciones	
Dependencia Parcial	5	Supervisión	CON AYUDA
	4	Mínima Asistencia (Sujeto = 75% o más)	
	3	Moderada Asistencia (Sujeto= 50% o más)	
Dependencia Completa	2	Moderada Asistencia (Sujeto = 25% o más)	CON AYUDA
	1	Asistencia Total (Sujeto = 0% o más)	

CUIDADO PROPIO		ADMISION	REEVALUAC	CIERRE
A	Comida			
B	Aseo			
C	Baño			
D	Vestimenta parte alta del cuerpo			
E	Vestimenta parte baja del cuerpo			
F	Toilette			
CONTROL DE ESFINTER				
G	Manejo de Vejiga			
H	Manejo de Intestino			
MOVILIDAD				
I	Cama, silla, silla de ruedas			
J	Toilette			
K	Ducha			
LOCOMOCION				
L	Camina/ Silla de ruedas			
M	Escaleras			
COMUNICACIÓN				
N	Comprensión			
O	Expresión			
CONEXIÓN SOCIAL				
P	Interacción social			
Q	Resolución de problemas			
R	Memoria			
TOTAL				

- 19 -

COMPORTAMIENTO	Se queda quieto de acuerdo con su nivel de desarrollo	
	Se muestra bastante inquieto.	
	Se mueve sin parar. No responde consignas.	
ACTITUDINAL	Se muestra alegre o tranquilo.	
	Muestra comportamiento disruptivo (oposicionista o arroja objetos)	
	Clara agresiones a otros o autolesiones	
ANSIEDAD	Se muestra sereno	
	Algunos signos de ansiedad (preocupación o sobresaltos)	
	Nivel elevado de ansiedad	

FIRMA Y SELLO: _____ Lugar y fecha: _____



Solicitud de Cambio de Prestador

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido N° DNI

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

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

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

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de:

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

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

y por el periodo

Firma del
Beneficiario o
del Representante

Aclaración del firmante

Parentesco

N° DNI del firmante



CONFORMIDAD PRESTACIONAL

REHABILITACION Y EDUCACION

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yo.....con Documento Tipo
(.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación
se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las
alternativas disponibles .

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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:



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 brindada es realizada en nombre de
.....

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

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.

14. CARTILLA

REHABILITACIÓN

Partido: La Matanza



CENTRO MÉDICO SAN JUSTO. O.S.P.I.F. (Ambulatorio)

Consultorio. Especialidades: Psicología, psicopedagogía y fonoaudiología.



Constitución 3674. San Justo.



114441-8795



@ Cmcentral@ospif.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 18.



CENTRO MÉDICO SPIRO. O.S.P.I.F. (Ambulatorio)

Consultorio. Especialidades: Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Kinesiología.



Av. Spiro 3998. Laferrere.



1141684033



@ Cmspiro@ospif.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 18.



CENTRO MÉDICO LURO. O.S.P.I.F. (Ambulatorio)

Consultorio. Especialidades: Psicología y Psicopedagogía.



Av. Luro 5529. Laferrere.



1141684033



@ Cmluro@ospif.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 18.



CENTRO MÉDICO CATÁN. O.S.P.I.F. (Ambulatorio)

Consultorio. Especialidades: Psicología, Psicopedagogía y fonoaudiología.



Av. Spiro 3998. Laferrere.



1141684033



@ Cmcatan@ospif.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 18.



CERMI SALUD. San Justo. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, Psicomotricidad y Terapia Ocupacional.



Enrique Eizaguirre 2431.



1127942821



@ info@cermisalud.com.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 19 y sábados de 9 a 13.

Partido: Monte Grande



CENTRO REDES. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, fonoaudiología, Kinesiología y terapia ocupacional.



Rivadavia 424.



1122790264



@ centro_redes@yahoo.com.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 20.

Partido: Morón



ANFI SALUD. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, psicomotricidad, musicoterapia, Kinesiología y terapia ocupacional.



Tucumán 1101.



1161529809.



@ anfisalud@anfisalud.com.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 20 y sábados de 9 a 13.

Partido: Quilmes



INSTITUTO CAREN. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, fonoaudiología, Kinesiología y terapia ocupacional.



Av. Hipólito Yrigoyen 737.



1161529809/ 0810-362-2273



@ info@grupocaren.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.

ESCUELAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRACION ESCOLAR

- 25 -

Partido: La Matanza



ESCUELA ESPECIAL PORTAL DEL SOL.

Modalidad: Discapacidad Intelectual



Arozarena 340. Tapiales



4442-8387



1151627151



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA APRENDER A CRECER.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Esmeralda 417. Haedo.



4659-2531



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA APRENDER A APRENDER.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Tacuarí 906. Ramos Mejía.



4654-1346



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

 **ESCUELA OBRA DEL PADRE MARIO PANTALEO.**

Modalidad: Discapacidad Intelectual.

 Coronel Conde 5670. González Catán.

 1154028917

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

 **IRIM. NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA.**

Modalidad: Discapacidad Intelectual.

 Obispo Raspanti 605. Haedo.

 4659-7536

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

 **ESCUELA ESPECIAL CAIPAC.**

Modalidad: Discapacidad Auditiva y trastornos del Lenguaje.

 Av. Gaona 2772. Ramos Mejía

 2058-6685

 112736-6611

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Ituzaiingó

 **ESCUELA JUNTOS A LA PAR. ITUZAINGÓ**

Modalidad: Discapacidad Intelectual.

 De las Boleadoras 2974. Ituzaiingó

 2082-3581

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

 **ESCUELA RECUPERADORA ITUZAINGÓ**

Modalidad: Discapacidad Intelectual.

 Domingo Olivera 736. Morón

 4458-5037

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Morón

 **ESCUELA INSTITUTO BLANQUERNA.**

Modalidad: Discapacidad Intelectual.

 Julián Pérez 851. Morón

 4629-1889

 112336-4991

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA ESPECIAL WINNICOTT

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Anatole France 2644. Castelar.



2609-0228



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA ESPECIAL PAPAÍ.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Gral. Manuel Belgrano 1030. Morón.



2022-0848



11-2452-6876



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA ESPECIAL ITAL

Modalidad: Discapacidad Auditiva y trastornos del Lenguaje.



Gral. Bartolomé Mitre 1043. Morón.



4489-4747.



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Lomas de Zamora



ESCUELA ESPECIAL EL ROBLE.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Malvinas Argentinas 1154, Temperley.



4243-8764



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

C.E.T. (Centros Educativos Terapéuticos)

ZONA OESTE

Partido: Ituzaingó



C.E.T. VANPAI



Concejal Nicolas Defilippi 881. Ituzaingó



46232562



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



CET TOPIA



Pablo Zufriategui 670. Ituzaingó.



4658-1647



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



CET MAGRITE



Cnel. Brandsen, ITUZAINGO.



011 4481-0273

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Morón

 **C.E.T. U.N.U.C.**

 Moreno 549. Morón

 4627-9578

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

 **C.E.T. RUKALEN**

 C. Larralde 2443. Castelar

 4629-2443

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

 **C.E.T. SANTA CLARA.**

 Gral. José de San Martín 335, Morón.

 Teléfono: 011 7523-9574.

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: La Matanza

 **C.E.T. FRANCOISE DOLTO.**

 Alvarez Jonte 321. Ramos Mejía

 1146013217

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

 **CET COPTLA.**

 Mitre 125. Ramos Mejía.

 4658-1647

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

 **C.E.T.**

 Alvarez Jonte 321. Ramos Mejía

 1146013217

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

C.A.B.A

 **C.E.T. COSQUIN.**

 Cosquín 4660. Lugano

 1146013217

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Lomas de Zamora

 **CET TU LUGAR.**

 Ángel Gallardo 646. Temperley

 4658-1647

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

CENTROS DE DIAZONA OESTE**Partido: La Matanza****CENTRO DE DIA DESPERTARES.**

Alsina 58, Ramos Mejía.



011 4464-1107



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

**CENTRO DE DIA CIRE.**

Virgilio 378, Isidro Casanova



Teléfono: 011 4694-5145



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

**CENTRO DE DIA RAMOS MEJIA.**

Pueyrredón 396. Ramos Mejía.



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Cañuelas**AMIGOS SIEMPRE AMIGOS.**

Colectora RN 3, Cañuelas.



2226 606554



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

- 29 -**Partido: Morón****IDEHACERLAS.**

Ntra. Sra. del Buen Viaje 1370. Morón.



2226 606554



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

ZONA NORTE

Partido: San Fernando

-  **ISAFE. SRL.**
 3 de Febrero 1227, San Fernando.
 011 4725-4135
 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: San Fernando

-  **CETTA.**
 Francisco Beir[o 3650. Olivos.
 11 4790-2234
 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

-  Francisco Beiró 3650, B1636 Olivos
 011 4725-4135
 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

- 30 -

-  **FUNDACION METAS.**
 SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. VARIAS LOCALIDADES
 (+54) 11 5064 2195.
 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

-  **IZET.**
 SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. DISTINTAS LOCALIDADES
 011 4458-4193
 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

-  **APADEA.**
 SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. DISTINTAS LOCALIDADES
 8010-345-2508
 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

-  **ANFI SALUD.**
 SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. DISTINTAS LOCALIDADES
 1161529809.
 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.

ESTIMULACION TEMPRAMA



CENTRO DR. MAZZA (EX COPTLA)



Bartolomé Mitre 125. Ramos Mejía,



4658-1647



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



CENTRO AYNE



Miguel Cane 3388. Luzuriaga,



Whatsapp: 1150551933



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.

TRANSPORTE



Transporte UNUC



15-2711-0309



@ Sanymartina2306@hotmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



El Viajero del Buen Camino S.A.



15-5951-4395



@ Viajero2023@hotmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



Transporte Dusau.



15-36672617



@ Colmanjesica2020@gmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



Transporte Hormiga.



15-3777-1070



@ Ezequiel-david-leyria@hotmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.

NOTA: La presente guía de acceso a Prestaciones Especiales queda sujeta a eventuales modificaciones.

La actualización de ésta se realizará conforme a nuevas resoluciones y procedimientos administrativos.

El aviso de cambios tendrá una periodicidad de acuerdo con las novedades que se originen en tal sentido.

La publicación de esta guía se realiza en octubre de cada año, pudiendo, a partir de dicha fecha iniciar la presentación de documentación para cobertura anual de tratamientos.