



# PLAN DE DISCAPACIDAD



# DISCAPACIDAD

MARCO PRESTACIONAL  
REGULATORIO  
AÑO 2021

---

## ÍNDICE

I.GENERALIDADES .....	5
1.OBJETIVO DEL PRESENTE DOCUMENTO.....	6
2. CONSIDERACIONES PARA EL ALTA DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD.....	6
3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN.....	10
3.1 TRÁMITES RELATIVOS A PRESTACIONES ESCOLARES. CONSIDERACIONES....	12
3.2 TRÁMITES RELATIVOS A PRESTACIONES ESPECIALES. CONSIDERACIONES..	13
3.3 DEPENDENCIA.....	14
4. PRESTADORES.....	15
5. CAMBIO DE PRESTADOR.....	19
6. CAMBIOS EN LA SITUACIÓN DEL AFILIADO DENTRO DEL PLAN DE DISCAPACIDAD....	19
7. RECLAMO DE DOCUMENTACIÓN FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA .....	20
8. SOLICITUD DE REINTEGROS.....	20
9. COBERTURA DE AYUDAS TÉCNICAS Y/O ELEMENTOS DE APOYO PRÓTESIS Y ORTESIS.....	21
10. PRESUPUESTOS.....	23
II. REHABILITACIÓN:.....	24
1 CONSIDERACIONES PARA EL ALTA DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN.....	25
1.1 Prestaciones Ambulatorias.....	25
1.2 Módulo de Atención Ambulatoria.....	26
1.3 Prestación de Apoyo.....	27
1.4. Estimulación Temprana.....	27
1.5. Hospital de Día .....	28
1.6. Centro de Día.....	28

1.7. Documentación para solicitar autorización de Prestaciones Ambulatorias.....	29
<b>III. PRESTACIONES EDUCATIVAS:.....</b>	<b>33</b>
1. Modalidades prestacionales.....	33
1.1 Educación Inicial .....	33
1.2 Educación General Básica .....	33
1.3. Formación Laboral.....	34
2. Documentación a presentar para solicitar prestaciones educativas.....	34
2.1 Apoyo a la integración escolar .....	35
Documentación a presentar para solicitar Apoyo a la Integración Escolar.	
2.2. Acompañante escolar.....	37
2.3 Centro Educativo Terapéutico (CET).....	38
Documentación a presentar para Centro Educativo Terapéutico	
2.4 CET con integración escolar.....	39
2.5 Maestro de apoyo.....	39
Documentación a presentar para Maestro de Apoyo.....	40
<b>IV. INTERNACIÓN.....</b>	<b>43</b>
1. Modalidades prestacionales.....	44
1.1 Hogar / Hogar con Centro de Día / Hogar con CET (permanente o de lunes a viernes) .....	44
1.2 Residencias.....	44
1.3. Pequeño hogar.....	45
Documentación para hogares/residencia/pequeño hogar.....	45
1.4. Internación en rehabilitación.....	46
Documentación para internación en rehabilitación.....	46
1.5 Cuidados domiciliarios.....	47
Requisitos a cumplimentar para el otorgamiento de la prestación .....	48

---

V TRANSPORTE.....	49
1. Modalidades prestacionales: transporte especial.....	50
1.1 Documentación para Transporte especial.....	51
1.2 Presupuesto.....	52
1.3 Facturación de transporte. Lineamientos generales.....	53
-Documentacion requerida para facturar.....	54
-Requisitos para facturar.....	53
-Constancia de asistencia.....	54

# | GENERALIDADES

---

## 1.OBJETIVO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

El presente instructivo tiene como principal objetivo garantizar el acceso para la atención, educación y rehabilitación de las personas con discapacidad. Por este motivo enunciamos todos los pasos necesarios para iniciar un trámite por discapacidad, por lo que se sugiere, mostrar el presente instructivo a su médico tratante para evitar errores en la elaboración de las órdenes médicas. Cabe destacar que de acuerdo a la Legislación vigente, el profesional médico que prescribe los tratamientos y/o equipamientos es el responsable, desde el punto de vista legal, por los efectos de dichos tratamientos/equipamientos sobre el paciente a quien se los indicó. Por ello, se sugiere indicar tratamientos con la debida justificación medico terapeutica. Al recibir los instructivos, es necesario que el afiliado exprese de modo explícito la constancia de entrega de toda la información del Programa de Discapacidad. Si el trámite fuera presencial, al momento de entregar la documentación para iniciar la evaluación de la cobertura solicitada, deberá completar el formulario de inicio tramite. En el caso de tramitación Online, dicho formulario se completará a través de la página web de DASMI.

## 2. CONSIDERACIONES PARA EL ALTA DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

- De acuerdo a las normativas vigentes, para poder acceder a las prestaciones que se brindan dentro del programa de discapacidad es IMPRESCINDIBLE contar con un *Certificado Único de Discapacidad* emitido por autoridad competente vigente. Cuando este CUD se vence, es exclusiva responsabilidad del afiliado/a renovarlo con el tiempo suficiente para no perder las coberturas relativas al plan, dado que el vencimiento indica su caducidad.
- **Pedido de autorización para inicio de tratamiento:** puede iniciarse en cualquier momento del año
- **Renovaciones:** Se recibirá la documentación para la renovación de la prestación para el año siguiente hasta la segunda semana hábil de noviembre inclusive del año en curso.

- 
- Si usted va a solicitar autorización para prestaciones por primera vez o ante renovaciones, cambios de tratamientos o evaluaciones, DASMI se reserva el derecho a solicitar que realicen una entrevista con el equipo interdisciplinario o auditoría de la obra social, si fuera necesario.
  - En caso de incorporarse una nueva prestación y/o realizar una modificación sobre un trámite en curso, la misma debe gestionarse con una anterioridad de 30 días a su inicio.

*Nota: Nuestra obra social, de carácter Universitaria, regida por la Ley 24.741, no pertenece a la Superintendencia de Servicios de Salud, por lo cual no es parte del Fondo Solidario De Redistribución, con destino al pago de prestaciones con recupero del Programa SUR (Sistema Único de Reintegro) relativo a las prestaciones de Discapacidad. Por ello, para poder brindar cobertura, cuenta con un nomenclador propio de valores para dichas prestaciones. El mismo está dispuesto por el consejo directivo en relación al presupuesto de la obra Social. (Vease REGLAMENTO)*

- Toda la documentación requerida para solicitar el alta de una prestación con cobertura por el programa de discapacidad, está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales.
- En cuanto a la documentación física: debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, liquid paper, cambios de tinta y/o letra. Recuerde que el resumen de historia clínica, orden médica y los formularios deberán ser completados con una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas. En caso de realizarse trámite online, se debe cumplimentar las mismas condiciones en la documentación adjunta.
- Toda la documentación debe ser manuscrita por el profesional.
- Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador presupuesta y detalla en el plan de trabajo. En caso de modificar valores o plan de trabajo, se deberá presentar previamente a la O.S y deberá contar con autorización previa, de otra manera se abonará el importe autorizado anterior.
- No se podrá señalar el nombre del prestador en la indicación médica. DASMI cuenta con una cartilla de prestadores de discapacidad, si el prestador por usted

---

seleccionado no integra la cartilla de DASMI puede solicitar se evalúe su incorporación, esto será posible siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos por la Obra Social. Asimismo puede solicitar se evalúe otorgar la prestación por reintegro.

- Los diversos prestadores deben cumplir con las normativas vigentes, según sea el caso. Los profesionales deberán presentar constancia de inscripción en Registro Nacional de Prestadores y las Instituciones su Categorización por el Servicio Nacional de Rehabilitación o Junta descentralizada Evaluadora Provincial. Los inicios de trámite no significan categorización.
- No se habilitarán tratamientos con prestadores o Instituciones que no se encuentren correctamente registrados o categorizados para las prestaciones que están presupuestando.
- La cobertura de las prestaciones serán habilitadas conforme el Nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud. En cuanto a los valores, estos serán oportunamente definidos por DASMI.
- Todas las modificaciones en los valores requieren autorización previa de DASMI. Las mismas deben ser solicitadas por el prestador con anterioridad a los inicios de la prestación.
- Se pone en conocimiento de los afiliados que el plan de trabajo presentado deberá establecer objetivos particulares, evidenciables respecto de las características de cada persona con discapacidad. Se deberán contemplar tiempos libres y de socialización en las propuestas de tratamiento. Se deberá confeccionar informes semestrales que den cuenta de los objetivos específicos y diferenciados logrados.
- Se deberá presentar un cronograma donde consten los días y horarios de atención de todas las terapias que el afiliado recibe. De esta manera se tendrá constancia de la atención integral de la salud, evitando superposiciones y sobreprestaciones.
- Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria o en internación domiciliaria solicitadas deberán ser indicadas por la especialidad del profesional que lo realiza y no por la modalidad de atención. (técnica) Por ejemplo, cuando se requiere

---

Tratamiento Cognitivo Conductual, la misma consiste en una vía de abordaje del tratamiento psicológico. Por tal motivo deberán solicitar sesiones de psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, etc según corresponda.

- Las prestaciones brindadas por el Programa de discapacidad caducarán el 31 de diciembre de cada año en que hubiesen sido solicitadas, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación , hasta la segunda semana hábil de noviembre.
- Todas las prestaciones brindadas dentro del Programa de discapacidad serán evaluadas luego de 6 meses de tratamiento como máximo, debiendo los prestadores presentar un informe evolutivo. Dicho informe será evaluado junto a los objetivos presentados y se determinará cómo continuará el tratamiento.
- Se comunica a los afiliados que cuando corresponda, las autorizaciones serán remitidas al prestador por mail o por la WEB y resultarán indispensables para poder facturar.
- En ningún caso, la recepción de la documentación significa autorización de la cobertura solicitada. Hecho que requiere, en todos los casos, el análisis de auditoría del Programa de Discapacidad.
- No se dará curso al trámite hasta tanto no se haya recibido la documentación solicitada pertinente y completa. Deben recordar que si fuera necesario se puede solicitar información adicional a efectos de cumplir con los requerimientos dispuestos por las normativas vigentes.
- No se reconocerá la cobertura de prestaciones desde el inicio del año cuando el trámite haya sido iniciado en el segundo semestre del año.
- El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta neta responsabilidad del prestador y el afiliado/a, esta situación NO OBLIGA AL AGENTE DE SALUD A CUBRIR LAS PRESTACIONES.
- La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, NO DA DERECHO al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte del programa de discapacidad, ni

---

obliga a DASMI a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

- En caso de prestaciones en Instituciones que brinden jornada simple (EGB – CET – Centro de día, etc.) no corresponde abonar almuerzo. Solo será evaluado en condiciones particulares que lo ameriten.
- En caso de MII/MIS (módulo integral intensivo o simple) la prescripción del médico debe detallar las prestaciones que componen el módulo. El mismo debe coincidir con el presupuesto. Los módulos, contemplan por normativa de la SSS, 4 semanas al mes.
- Cuando un afiliado no asista durante un periodo a una prestación, se debe informar a través de una nota firmada por los padres o profesional.
- En el momento en el cual se presente la documentación completa es necesario presentar cronograma de actividades completo y con la firmas requeridas.
- En caso de corresponder se solicitará informe de evaluación, al inicio de la terapia.
- El trámite podrá realizarse de forma online a través de la página web de DASMI. La respuesta al afiliado se extenderá a los 7 días hábiles.

### 3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN.

Detalle de la documentación general a presentar en todos los casos: (tener en cuenta que para cada tipo de prestación se le solicitará documentación específica)

❖ **formulario de solicitud N° 001** con la siguiente información: (disponible online)

- Fecha (la misma deberá ser anterior al inicio del período solicitado). Período solicitado de la prestación (meses del año para los cuales se solicita la o las prestaciones). Ejemplo: de Febrero a Diciembre del 2018.
- Domicilio actual, código postal, email, teléfono particular, celular y/o laboral del socio, actualizados a efectos de facilitar la comunicación.
- Prestación solicitada

- 
- ❑ Modalidad de la prestación solicitada según prescripción médica: : Ejemplo: EGB, CET, Centro de día, etc., indicando tipo de jornada, para Atención Ambulatoria se deberá indicar cada terapia con su carga horaria. (Ej, Fonoaudiología 3 sesiones por semana)
  - ❑ Periodo
  - ❑ prestador
  - ❑ En caso de solicitar transporte especial para la asistencia a tratamientos, por favor, consignar los días en que el traslado se realiza por ese medio y si algún día se utiliza algún medio de transporte alternativo (Por ejemplo: los martes el viaje se realiza en el auto particular de un familiar).
  - ❑ En caso de corresponder se solicitarán datos de carácter social.

❖ **Fotocopia del certificado de discapacidad (para dar de alta el plan).** Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser extendido en el formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 -Ley 22.431/87). En caso de que aún el afiliado no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, **NO** podrá presentar trámite solicitando prestaciones dentro del Programa de Discapacidad. No será válida la gestión realizada por cobertura de prestaciones dentro del Programa de Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad. No serán válidos los Certificados presentados que omitan o contengan errores en su confección si no se encontraran debidamente salvados por un representante del órgano emisor, con su correspondiente firma y sello. La fotocopia presentada debe ser legible en su totalidad. En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad, pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicará discapacidad permanente. Se recuerda que es responsabilidad del afiliado contar con un CUD vigente y realizar los trámites correspondientes para la renovación con el tiempo necesario para no quedarse sin cobertura.

---

❖ **Orden médica según formulario : FORM 020 PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

❖ **Resumen de historia clínica:** Se debe utilizar el formulario provisto para este fin y el médico de cabecera debe completar todos los campos indicados. **FORM 008**

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.**

- El mismo debe ser original/o scan de original y manuscrito con letra legible por el profesional que lo confecciona.
- Podrá estar confeccionado por el médico tratante del afiliado (prestador o de servicios propios DASMI)
- A su vez, deberá estar completa y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto, justificando cada indicación.
- Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación
- La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.(que contenga matrícula)

**3.1 TRÁMITES RELATIVOS A PRESTACIONES ESCOLARES. CONSIDERACIONES.**

• En el caso de tratarse de afiliados en edad de formación educativa es necesario presentar la **Constancia de alumno regular del año.**

• Prescripción médica: La misma debe ser origina/Scan de original en formulario **FOR 020 PRESCRIPCIÓN MÉDICA** el cual deben completar en forma íntegra:

- .La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/18, la fecha debe ser 28/02/18 o anterior).

- Debe indicar el diagnóstico.

- Debe indicar el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2018.

- 
- La firma y el sello del profesional deben ser legibles.
  - Si se solicitan prestaciones ambulatorias por sesión, debe indicar especialidad, cantidad semanal requeridas para cada una de ellas y detalle del tipo de tratamiento que deberá brindar el terapeuta.
  - Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble).
  - La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. De ser comprobado que es así, la misma será desestimada.
  - La fecha de emisión de la prescripción debe ser anterior a la fecha de inicio del período solicitado en la misma.
  - Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.
- **FORMULARIO 006 DEPENDENCIA** En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, en la prescripción Y completado el formulario correspondiente. En la justificación clínica de solicitud de dependencia, debe especificarse el puntaje en escala FIM y adjuntarse la misma. **FORM. 014**

### 3.2 TRÁMITES RELATIVOS A PRESTACIONES ESPECIALES. CONSIDERACIONES

#### ➤ Hidroterapia

- La prestación será habilitada cuando el paciente presente patología motora
- La prestación deberá brindarse en Instituciones de Salud o en piletas habilitadas para tal fin por el Servicio Nacional de Rehabilitación o por el Ministerio de Salud jurisdiccional.
- En el caso de piletas habilitadas para rehabilitación por autoridad competente, pero no habilitadas por el SNR será excluyente que el profesional a cargo de la prestación deba ser indefectiblemente kinesiólogo, psicomotricista o fisiatra.

---

- Se aclara que los profesores de educación física no están habilitados para brindar tratamientos de rehabilitación por lo que la prestación NO será habilitada a cargo de estos profesionales.

- Las actividades realizadas en natatorios comunes no son terapias de rehabilitación física y no están normatizadas por entidades que acreditan prestadores de salud, lo que imposibilita su control de calidad y medidas de seguridad para afiliados con capacidades diferentes. Quien determina esta acreditación es el Servicio Nacional de Rehabilitación.

➤ Equinoterapia

- No será habilitada la cobertura de EQUINOTERAPIA, por no ser una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación.

- Se trata de una terapia que no presenta evidencia científica que sustente su cobertura. Además, no se encuentra regulado su funcionamiento por ningún ente de salud. Esto determina que no existan normativas que la regulen, controles, habilitaciones o normativas de calidad que permitan categorizarlos y controlar la calidad de su prestación y medidas de seguridad.

- No existen normativas que determinen qué título profesional debe tener quien realizará la rehabilitación del paciente. No es posible evaluar la idoneidad de la persona que brindará prestaciones de rehabilitación en esta área.

- Quien determina esta acreditación es el Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud o Servicio Nacional de Rehabilitación según competencia.

### **3.3 DEPENDENCIA**

- Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulaci3n, conforme el índice de independencia funcional (FIM); por lo que deben completarse los formularios **FORM**

---

**014 y FORM 006** en caso de solicitarla. La escala FIM debe ser confeccionada por profesional idóneo, es decir, fisiatra o neurólogo. En caso de patologías dentro del área de la Salud Mental podrá ser completado por médico psiquiatra. No se aceptarán las escalas confeccionadas por otros profesionales. El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años de vida con escala FIM, antes de debe hacer con escalas específicas. El FIM no acredita dependencia, la misma será evaluada por Auditoría médica en Discapacidad.

- Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia para las modalidades:
  - Centro de Día
  - Centro Educativo Terapéutico
  - Hogar
  - Hogar con Centro de Día
  - Hogar con Centro Educativo Terapéutico
  - Transporte.
  - se tendrá en cuenta para el transporte a partir de la mayoría de edad, ya que siendo menores de edad deben ser acompañados por un adulto responsable y no corresponde solicitar adicional por dependencia.

#### **4. PRESTADORES INFORMACIÓN PARA EL PRESTADOR**

Para evitar inconvenientes en la liquidación y circuito de pago, se solicita el cumplimiento del presente debido a que nos encontramos obligados a cumplir con los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por AFIP y las normas exigidas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

La modalidad de pago de DASMI es por transferencia electrónica a la cuenta que nos sea informada que debe estar a nombre del prestador. Solicitamos enviar los datos bancarios completos, tipo y número de cuenta, sucursal, CBU y correo electrónico para confirmar la realización del depósito.

---

De estar el prestador exento de realización de retenciones, deberá enviar la constancia correspondiente a la siguiente casilla de correo electrónico: [dasmipagos@unlu.edu.ar](mailto:dasmipagos@unlu.edu.ar).  
Cualquier cambio en su condición impositiva o en sus datos bancarios, el prestador, deberá notificarlo fehacientemente a DASMI.

La facturación deberá ser enviada del 1 al 10 de cada mes, los plazos de pago serán los estipulados en el convenio. La factura deberá ser electrónica del tipo B o C. Deberá contener el detalle de la prestación realizada y se deberá adjuntar a la misma el comprobante de monotributo del último período, si es que esa es la condición impositiva del prestador, planilla de asistencia y orden autorizada. Luego de los pagos efectuados por DASMI, el prestador deberá remitir el correspondiente recibo.

#### LINEAMIENTOS GENERALES

Las facturas que excedan los montos presupuestados y autorizados, serán debitadas de acuerdo a la autorización previa. Deberá aclarar en el cuerpo cantidad de sesiones para cada afiliado o en remito.

El prestador se encuentra obligado a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP, de lo contrario y hasta tanto no se ajuste a los mismos los pagos no podrán

En cuanto a la prestación de maestro de apoyo, detallar cantidad de horas brindadas al mes, las cuales debe coincidir con la autorización. No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de constancia de realización de cualquier tipo de prestación (por ejemplo: conformidad por 4 sesiones sobre 8 facturadas/autorizadas).  
**IMPORTANTE: SÓLO SE ACEPTARÁN FACTURAS CON VALORES INDIVIDUALES QUE COINCIDAN CON LO PRESUPUESTADO, CASO CONTRARIO SE PROCEDERÁ AL DÉBITO**

Los prestadores que brinden CET, EGB primaria e inicial y Formación laboral deben detallar en la factura la categoría de la Institución. Deberán presentar una nota de informe,

---

en el período que el afiliado no asista o no se le preste servicios por alguna contingencia, donde consten los motivos por los cuales no asistió.

### **Constancia de asistencia por modalidad Atención ambulatoria (Maestra de apoyo)**

Se deberá presentar planilla de asistencia original especificando sesiones mensuales brindadas y fecha de realización. Las mismas deberán estar avaladas por padre/madre o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y DNI. El detalle de cada terapia deberá estar acreditado mediante firma y sello del profesional interviniente y no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución. La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, razón por la cual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada. No se aceptarán constancias de asistencia que hayan sido firmadas en su solo acto. Reservándose el agente de salud la posibilidad de realizar auditorías de terreno cuando se detecten irregularidades. Se provee para ello formulario

#### **FOR 037**

#### **Maestra de apoyo (valor hora)**

El profesional deberá presentar original del detalle de las horas mensuales brindadas, indicando la fecha de realización. Cada día, las horas deberán estar avaladas por padre/madre o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y N° de legajo. No se abonarán las horas autorizadas que no hayan sido realizadas (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones educativas). La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, razón por la cual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada. No se aceptarán constancias de asistencia que hayan sido firmadas en su solo acto. Reservándose el agente de salud la posibilidad de realizar auditorías de terreno cuando se detecten irregularidades. Se provee para ello formulario

#### **FOR SER ENF 037**

#### **Apoyo a la Integración Escolar (valor módulo)**

La institución o el profesional deberán presentar la constancia original de asistencia, dejando asentada la cantidad total de horas mensuales, a los efectos de avalar la carga

---

horaria presupuestada. Además, deberá estar garantizada con la firma, aclaración, parentesco y N° de legajo del padre/madre o tutor del asistido. También, mediante firma y sello del profesional interviniente y no se considerará válida la sola firma del responsable de la Institución. No se aceptarán constancias de asistencia que hayan sido firmadas en su solo acto. Reservándose el agente de salud la posibilidad de realizar auditorías de terreno cuando se detecten irregularidades.

### **Centro Educativo Terapéutico y Prestaciones Educativas como Nivel Inicial, EGB, Formación Laboral**

La institución deberá presentar la constancia original de asistencia . Sólo para estas modalidades, se reconocerá un período de hasta 60 días corridos de inasistencia POR ENFERMEDAD cuando se encuentre debidamente justificado con Certificado Médico y constancia firmada por un padre/madre o tutor del asistido (RESERVA DE VACANTE). Si se tratara de una modalidad educativa (EGB, EDUCACION INICIAL o FORMACIÓN LABORAL), y a los efectos de dar curso a la facturación en concepto de Matrícula, la institución deberá presentar una constancia con los mismos datos mencionados anteriormente, especificando que corresponde a la matrícula. No se aceptarán constancias de asistencia que hayan sido firmadas en su solo acto. Reservándose el agente de salud la posibilidad de realizar auditorías de terreno cuando se detecten irregularidades. La constancia de asistencia correspondiente, se debe adjuntar a la factura de cada mes, ya que conforman la documentación avalatoria de la liquidación que se presenta, se debe remitir una Constancia por comprobante en original. **FORM013**

### **Ajustes de facturación - débitos**

Las facturas que sean objeto de débito total, (impugnación) no serán devueltas, sin excepción. Se deberá presentar una nota en el período que el afiliado no asista o no se le preste servicios por alguna contingencia donde consten los motivos por los cuales no asistió.

### **Forma de pago**

---

Todas las prestaciones serán abonadas por transferencia bancaria desde el agente de salud correspondiente en aproximadamente dentro de los 45 días de recibida la factura.

## **5. CAMBIO DE PRESTADOR**

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación contemplada dentro del Plan de discapacidad ya otorgada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad. Deberán presentar para ello el **FORM 017** , con la siguiente información.

- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- Firma, aclaración y número de legajo del titular.
- Motivo por el cual se solicita el cambio.
- Documentación pertinente al nuevo prestador - Presupuesto, Consentimiento, Nuevo Proyecto de trabajo con objetivos, Acta acuerdo, Título habilitante, inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o categorización de la institución, etc. (según corresponda a la modalidad).

## **6. CAMBIOS EN LA SITUACIÓN DEL AFILIADO DENTRO DEL PLAN DE DISCAPACIDAD**

- Casos dónde queda sin efecto el CUD ya sea por vencimiento, sin renovación por parte del afiliado, o caducidad del mismo.
- Casos de fallecimiento del afiliado. Se requiere nota del afiliado familiar informando la fecha de finalización del tratamiento.
- Abandono del tratamiento. Nota del afiliado titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.

## **7. RECLAMO DE DOCUMENTACIÓN FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA**

---

No se recepcionarán solicitudes con documentación faltante, incompleta o incorrecta. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad, se procederá al reclamo correspondiente. Dicho reclamo se realizará desde la sede de DASMI, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al trámite. Eventualmente DASMI solicitará documentación / información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, si lo considera necesario para determinar cobertura.

## 8. SOLICITUD DE REINTEGROS

En relación a la solicitud de reintegros de prestaciones por discapacidad, cabe mencionar que las prestaciones dentro del “área discapacidad” no se encuentran contempladas dentro de los beneficios que se brindan dentro de la cobertura de Plan Básico. Por tal motivo, solo se aceptarán por reintegro aquellas prestaciones que sean habilitadas por DASMI específicamente para acceder por esa vía. El plazo de pago de las prestaciones presentadas por reintegro será establecido por DASMI estipulando el mismo en 45 días como máximo. Las excepciones se determinarán desde el Programa de Discapacidad. Para acceder a dichos términos de pago, deberá presentar el reintegro del 1 al 10 de cada mes a [dasmireintegros@gmail.com](mailto:dasmireintegros@gmail.com) o mediante [www.dasmi.org/tramites-online/reintegros](http://www.dasmi.org/tramites-online/reintegros)

Valor de reintegro de Discapacidad:

### **Mecanismo actual de reintegros:**

- Para solicitar un reintegro se deberá completar el **FORMULARIO DE REINTEGROS** con todos los datos solicitados en el mismo.
- Se debe presentar en DASMI o vía online a través de la página web de DASMI.

Factura:

- Debe ser original Tipo B o C o recibo oficial original B o C (según normativas vigentes de AFIP) emitida por el profesional o Institución.
- Tiene que ser emitida a nombre, apellido y DNI del afiliado titular y en el cuerpo de la misma el nombre y apellido del afiliado que recibe la prestación.

- 
- Debe detallar prestaciones realizadas y fecha con firma, sello y especialidad del emisor
  - En toda prestación que se brinde por reintegro, se deberá entregar adjunto a la factura del prestador correspondiente, la planilla de asistencia conformada por el afiliado y el profesional prestador tratante. Debe haber total coincidencia entre las sesiones facturadas con las detalladas en la planilla y las autorizadas. Este requisito debe cumplirse cuando se trate de prestaciones que se brindan con una concurrencia periódica durante el mes.
  - En caso de que DASMI lo requiera, deberá presentar información adicional.
  - En caso que la factura o recibo tuviera enmiendas, estas deberán estar salvadas con firma y sello del profesional.
  - El plazo de presentación de la misma vence a los 30 días corridos a contar desde la fecha de emisión de la factura, que deberá cumplir con todos los requisitos legales reglamentados por la autoridad competente, vigentes al momento de la emisión de la referida documentación.

## 9. COBERTURA DE AYUDAS TÉCNICAS Y/O ELEMENTOS DE APOYO PRÓTESIS Y ORTESIS

La solicitud será dirigida al área de discapacidad , la cual remitirá el pedido a auditoría y una vez constituida la autorización , se dirigirá al área de compras o al afiliado según corresponda.

Los insumos, ayudas técnicas y/o elementos de apoyo que se autorizará serán aquellos relacionados exclusivamente con la discapacidad del afiliado, y atento al diagnóstico presente en CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (C.U.D.). Todo afiliado que solicite cobertura de ayudas técnicas y/o elementos de apoyo deberá completar el Formulario “TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA PROVISIÓN DE INSUMOS y/o AYUDAS TÉCNICAS” **FORM 024**; de no cumplirse con este requisito el trámite no será gestionado - auditado. El médico prescriptor deberá ajustarse a indicar el material o elemento solicitado atento a la “funcionalidad” para la cual se lo requiere (por ej: silla de ruedas postural), descartando de la indicación médica toda descripción o característica específica que induzca a marca o modelo determinado. De no cumplirse con este requisito el trámite no será gestionado - auditado. Los afiliados deben presentar una prescripción médica genérica (sin mención de marca) conforme los lineamientos del PMO, la Ley de ejercicio profesional de la medicina y

---

el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Argentina. Deben completar el **FORM 025** En función de los materiales solicitados DASMI podrá requerir estudios complementarios que certifiquen la patología o el grado de afección del paciente, cuando el afiliado los posea de la etapa de diagnóstica realizada por el profesional tratante, se sugiere su presentación junto al pedido médico para agilizar el trámite. DASMI se reserva el derecho de evaluar lo solicitado por su equipo interdisciplinario o por profesionales especialmente contratados para este fin. Para esta evaluación puede citarse al afiliado en un lugar específico. Las ayudas técnicas y/o elementos de apoyo que sean “a medida” (por ej: silla de ruedas) deberán acompañarse de una Planilla de toma de medidas; las mismas deberán ser tomadas por médico prescriptor y/o profesional idóneo, con firma y sello de los mismos. De no cumplirse con este requisito el trámite no será gestionado - auditado. (ver modelo de planilla). **FORM 029** Para la solicitud de silla de ruedas se deberán completar los formularios confeccionados para este fin. **FORM 029 / FORM 026 / FOR 027** El afiliado podrá presentar presupuestos, los cuales serán tomados en cuenta toda vez que el agente de salud no consiguiera cotizaciones. Sin perjuicio de lo antedicho, se gestionará la obtención de presupuestos a través de ortopedias convenidas. Cuando se autorice y tramite por reintegro un equipamiento, el proveedor deberá presentar junto con la factura correspondiente, la planilla de REMITO DE ENTREGA DE INSUMO, con firma y aclaración del receptor, como requisito excluyente para el análisis de la facturación, y su posterior liquidación. Cuando sean solicitados audífonos, será requisito excluyente concurrir para evaluación y presupuesto a la MAH (Mutual Argentina de Hipoacúsicos). El afiliado podrá presentar otros presupuesto de otras marcas adicionales, se reconocerá la cobertura vía reintegro del 100% del valor de la mutualidad argentina.

Todo el equipamiento que sea provisto a los afiliados será entregado previa firma de un COMODATO cuando DASMI así lo decida. **FORM24**

## 10. PRESUPUESTOS

---

El mismo debe ser original, acompañando de la Constancia de Inscripción en AFIP ([www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar)) – y constancia de inscripción en IIBB en caso de corresponder. En el caso de tratamientos con sesiones, debe indicarse la cantidad de sesiones mensuales, el monto por sesión y el total mensual. De acuerdo al pedido médico y tomando 4 semanas al mes en caso de estar modulado por semana. En caso de Institución debe detallar el tipo de jornada, Categorías A-B-C y el monto mensual. Debe indicarse el período en el cual se cubrirá la prestación.

#### **-Presupuesto para instituciones y/o profesionales tratantes**

- Modelo Instituciones **FOR 043**
- Modelo Tratamientos Individuales **FORM 044**
- Modelo Estimulación Temprana **FORM 042**
- Modelo Rehabilitación MII/MIS **FORM 016** Debe contener los siguientes datos:
  - Razón Social
  - Domicilio de atención: indicando dirección y localidad
  - Teléfono de contacto
  - Condición frente al IVA
  - Número de CUIT
  - Número de Ingresos Brutos (dato obligatorio y excluyente)
  - Cuenta Bancaria y CBU para realizar transferencia.
  - E-mail para recibir autorizaciones y notificaciones.
  - Firma y sello de la persona responsable de la institución prestadora y/o de los profesionales tratantes.

---

# II REHABILITACIÓN

---

## 1.CONSIDERACIONES PARA EL ALTA DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN.

- Para solicitud de autorización y renovaciones ver calendario anual de presentación.
- Las prestaciones de rehabilitación serán autorizadas por periodos de un año excepto requerimientos específicos de auditoría médica. Se solicitarán informes evolutivos, cada 6 meses, para evaluar la continuidad de las mismas.
- Si usted va a solicitar autorización para prestaciones por primera vez o ante renovaciones, cambios de tratamientos o evaluaciones, DASMI se reserva el derecho de solicitar que realicen una entrevista con auditoría con la finalidad de evaluar la situación del afiliado.

### 1.1 Prestaciones Ambulatorias

- Tratamientos de Rehabilitación Modulado:
  - Los tratamientos de rehabilitación podrán ser brindados por las siguientes especialidades:
  - Kinesiología
  - Psicología
  - Psicopedagogía
  - Fonoaudiología
  - Terapista Ocupacional
  - Musicoterapeuta
  - Psicomotricista
  - Estimulación Temprana

Los tratamientos deben ser solicitados por la especialidad del terapeuta y no por el tipo de terapia que se desarrollará. (técnica)

- 
- Deben presentar una prescripción médica por cada modalidad solicitada. **FORM 038**
  - Cada prestador deberá indicar días y horarios propuestos de atención, los mismos serán tomados exactamente como los informan para corroborar el cronograma de atención presentado. De producirse cambios deberán ser notificados. La falta de congruencia en el cronograma o la imposibilidad de realizarlo tomando en cuenta tiempos de traslado, descanso, alimentación, etc, generará demoras en la autorización e implicará la re confección de los pedidos con esquemas lógicos y que no comprometan la salud del afiliado involucrado. Deberán completar el formulario **FORM 011**
  - Se considera que cada sesión implica una carga horaria mínima de 45 a 60 minutos, no se aceptará que consideren 2 sesiones consecutivas para cumplir con ese tiempo.
  - Para las prestaciones de rehabilitación ambulatoria anuales (kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia, psicomotricidad, psicopedagogía, psicología y estimulación temprana) se tendrá en cuenta los períodos vacacionales y la necesidad de descanso del paciente. Además se solicitarán informes evolutivos (Cada 6 meses) para determinar la continuidad del tratamiento según sea la evolución del paciente.
  - Es importante tener en cuenta que no se autorizarán tratamientos de rehabilitación de carácter ambulatorio con una cantidad de sesiones de forma ilimitada debido a que las normativas vigentes modulan estos tratamientos.

## 1.2 Módulo de Atención Ambulatoria

Cuando el afiliado reciba atención en más de una especialidad, se reconocerá la modalidad como Atención Ambulatoria Modulada con los siguientes dispositivos, según estipula la SSS:

---

a) *Tratamiento Integral Simple*: cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) 4 sesiones por semana como máximo.

b) *Tratamiento Integral Intensivo*: comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes) 5 sesiones como mínimo, pudiendo llegar a 8 sesiones por semana como máximo si el paciente lo requiere. En caso de tratarse de varias prestaciones individuales, las mismas deberían ser brindadas por una Institución categorizada por el SNR para poder brindar el Módulo Integral Simple o Intensivo. Cuando no se cuente con prestadores habilitados por el SNR para brindar esta modalidad se tomarán las prestaciones brindadas por profesionales individuales en conjunto, amparadas bajo un Módulo Integral Simple (20 sesiones mensuales) o un Módulo Integral Intensivo (34 sesiones mensuales).

**FORM 016 Módulo integral Simple/Intensivo**

**FORM 044 Prestadores Individuales**

### **1.3 Prestación de Apoyo**

Esta modalidad implica la cobertura de terapias ambulatorias como complemento o refuerzo de una prestación principal (Escolaridad, CET, Centro de día, etc.). El máximo de horas total de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales se tomarán 4 semanas por mes de acuerdo a las normativas de la SSS. No se autorizará más de 1 sesión con un mismo profesional en el mismo día. Cuando se requiera mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse al afiliado a alguna de las otras prestaciones previstas (de las incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad).

- Se autorizarán 20/24 sesiones mensuales para la prestación que reciba el afiliado como “prestación de apoyo ”
- La solicitud de esta prestación deberá estar debidamente justificada en el plan de tratamiento respectivo.

- 
- Se considera que cada sesión implica una carga horaria mínima de 45 a 60 minutos no se aceptará que consideren 2 sesiones consecutivas para cumplir con ese tiempo.

#### 1.4 Estimulación Temprana

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 0 a 4 años de edad cronológica. Eventualmente hasta 6 años de edad cuando los test realizados demuestran una edad cronológica inferior. Se considera que cada sesión implica una carga horaria mínima de 45 minutos. El módulo tiene un máximo de 3 sesiones semanales, por lo que se deberá aclarar la frecuencia de dichas prácticas. Esta prestación debe ser brindada por una Institución acreditada y estar a cargo de un terapeuta en Estimulación Temprana, en el marco de un equipo interdisciplinario. Se deben detallar los distintos profesionales intervinientes. De acuerdo a la Resolución 1328/06, el equipo básico que brindará la prestación estará conformado por:

- Médico pediatra y/o neurólogo infantil
- Terapeuta especializado en estimulación temprana, con un título de postgrado a partir de su título habilitante de grado (fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Psicólogo, kinesiólogo, psicomotricista, terapeuta ocupacional, etc.) o profesores en educación especial con especialización o tecnicatura en estimulación temprana con título oficial.
- Atento a la disponibilidad de profesionales en el lugar de residencia del afiliado, se considerarán los mencionados requisitos. **FORM 042**

#### 1.5. Hospital de Día

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. Está destinado a pacientes con todo tipo de

---

discapacidades físicas, motoras, mentales y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación. **FORM 040**

### **1.6. Centro de Día**

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad. Destinado a niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades con diagnóstico funcional severos y/o profundos, y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida. La concurrencia debe ser diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

### **1.7. Documentación para solicitar autorización de Prestaciones Ambulatorias**

- Formulario de inicio de trámite, en el cual debe figurar la fecha anterior al inicio de la prestación requerida y debe indicar específicamente la modalidad solicitada, cantidad de sesiones, frecuencia de atención y el periodo por el cual se solicita la cobertura. No debe contener enmiendas ni tachaduras sin salvar.
- Prescripción médica en original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad solicitada, cantidad de sesiones, frecuencia de atención y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 038**
- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación **FORM 008**
- Presupuesto de la institución/profesional en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. o **FORM 044** Profesionales individuales o **FORM 016** Rehabilitación Módulo Simple/Intensivo o **FORM 042** Módulo de Estimulación Temprana o **FORM 043** Rehabilitación en Instituciones
- Plan de trabajo a desarrollar indicando objetivos terapéuticos. **FORM 015**

- 
- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el profesional actuante y/o responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda. o **FORM 040**
  - Consentimiento Instituciones Hospital de día/Centro de Día o **FORM 007**
  - Consentimiento tratamientos Individuales o **FORM 039** Consentimiento Rehabilitación MIS/MII
  - Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 - Ley 23.660) en el caso de profesionales. Esto incluye a los profesionales kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogas, Terapista ocupacional, psicomotricistas, musicoterapeutas y psicólogos.
  - Cuando se trate de Instituciones se deberá presentar Constancia de Inscripción vigente con el texto completo y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación. También deberán adjuntar el dictamen de categorización
  - Los profesionales que realizan tratamientos individuales de rehabilitación deberán adjuntar el correspondiente título habilitante Universitario o terciario.
  - En todos los casos deben adjuntar seguro de mala praxis vigente, póliza y pago al día.
    - En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el causante (simple o doble), debiendo especificarse si se incluye almuerzo y / o colación diaria. El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
  - Escala FIM si se solicita dependencia. **FORM 014 y FORM 006.**
  - Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)
  - Al inicio de un tratamiento informe evaluativo de las necesidades de esa prestación.
    - En el caso de continuidad de tratamientos, informe evolutivo según autorización, máximo cada 6 meses.

- 
- La prestación será habilitada cuando el paciente presente patología motora y durante un período de tiempo nunca mayor a un año.
  - La prestación deberá brindarse en Instituciones de Salud o en piletas habilitadas para tal fin por el Servicio Nacional de Rehabilitación o por el Ministerio de Salud jurisdiccional.
  - En el caso de piletas habilitadas para rehabilitación por autoridad competente, pero no habilitadas por el SNR será excluyente que el profesional a cargo de la prestación deba ser indefectiblemente kinesiólogo, psicomotricista o fisiatra.
  - Se aclara que los profesores de educación física no están habilitados para brindar tratamientos de rehabilitación por lo que la prestación NO será habilitada a cargo de estos profesionales.
  - Las actividades realizadas en natatorios comunes no son terapias de rehabilitación física y no están normatizadas por entidades que acreditan prestadores de salud, lo que imposibilita su control de calidad y medidas de seguridad para socios con capacidades diferentes. Quien determina esta acreditación es el Servicio Nacional de Rehabilitación.

### **Equinoterapia**

- No será habilitada la cobertura de EQUINOTERAPIA, por no ser una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación.
  - Se trata de una terapia que no presenta evidencia científica que sustente su cobertura. Además, no se encuentra regulado su funcionamiento por ningún ente de salud. Esto determina que no existan normativas que la regulen, controles, habilitaciones o normativas de calidad que permitan categorizarlos y controlar la calidad de su prestación y medidas de seguridad.
    - No existen normativas que determinen qué título profesional debe tener quien realizará la rehabilitación del paciente. No es posible evaluar la idoneidad de la persona que brindará prestaciones de rehabilitación en esta área.
    - Quien determina esta acreditación es el Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud o Servicio Nacional de Rehabilitación según competencia.

---

### Terapia Cognitivo Conductual

Es importante destacar que se trata de una técnica, no de una especialidad. En la documentación solicitada se deberá nombrar la especialidad (por ejemplo: psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional) y luego detallar la modalidad de abordaje (cognitivo conductual). En lo que respecta a la documentación del profesional que brinde el tratamiento, deberá presentar, además del título y la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, la acreditación de la formación en la técnica cognitivo conductual.

---

**III**

**PRESTACIONES  
EDUCATIVAS**

---

## **1. Modalidades prestacionales**

### **1.1 Educación Inicial**

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada. Solo se autorizará en Instituciones de Educación Especial. No se dará cobertura a las prestaciones educativas solicitadas en Instituciones de Educación común de gestión privada según Decreto 762/97 del Poder Ejecutivo Nacional. Ya que debe ser cubierta exclusivamente cuando la misma no esté asegurada a través del sector público. Cuando los padres presenten la documentación que confirma la NO existencia de vacantes en el sector público, se contemplarán los prestadores privados. En estos casos solo se reconocerá el pago de la cuota correspondiente a las actividades curriculares o programáticas, quedando el costo de las actividades extra programáticas a cargo de los padres. Solo se reconocerán 10 (diez) meses completos más matrícula.

### **1.2 Educación General Básica**

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente. Solo se autorizará en Instituciones de Educación Especial. No se dará cobertura a las prestaciones educativas solicitadas en Instituciones de Educación común de gestión privada según Decreto 762/97 del Poder Ejecutivo Nacional. . Ya que debe ser cubierta exclusivamente cuando la misma no esté asegurada a través del sector público. Cuando los padres presenten la documentación que confirma la NO existencia de vacantes en el sector público, se contemplarán los prestadores privados. En estos casos solo se reconocerá el pago de la cuota correspondiente a las actividades curriculares o programáticas, quedando

---

el costo de las actividades extra programáticas a cargo de los padres. Solo se reconocerán 10 (diez) meses completos más matrícula.

### **1.3. Formación Laboral**

Considerando todas las variantes prestacionales Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia. Está destinado a adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica, aproximadamente. Las personas con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse de la formación laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

## **2. Documentación a presentar para solicitar prestaciones educativas**

- Formulario de solicitud de prestaciones. **FORM 001** (Disponible online)
- Prescripción médica en original/o scan del original, con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 020**. En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el socio (simple o doble), debiendo especificarse si se incluye almuerzo y / o colación diaria. El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
  - Resumen de Historia Clínica original/scan de original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FORM 008**
    - Presupuesto de la institución en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable **FORM 033**
    - Plan de trabajo a desarrollar indicando objetivos. **FORM 015**
    - Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del

---

tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc. según corresponda. **FORM 035**

- Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación.

- Constancia de Alumno Regular.
- Constancia de la institución de Inscripción en la AFIP (CUIT)
- Si se trata de renovación: Informe evolutivo por parte del efector de la prestación
- Si es la primera autorización: Informe evaluativo por parte del efector de la prestación

## **2.1 Apoyo a la integración escolar (AIE)**

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de los niveles reconocidos por el Ministerio de Educación como obligatorios, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente), hasta la finalización del nivel de educación secundaria. Las autorizaciones emitidas podrán ser dadas de baja unilateralmente al verificarse el incumplimiento de este requisito durante el transcurso del año lectivo. El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

### **Documentación a presentar para solicitar Apoyo a la Integración Escolar:**

- Formulario de solicitud de prestación. **FORM 001** (Disponible online)
- Prescripción médica en original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 020**

---

- En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el socio (simple o doble). El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.

- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación.

#### **FORM 008**

- Presupuesto de la institución en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FORM 031**

- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia. **FORM 011**

- Proyecto de trabajo con sus objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad del establecimiento de escolaridad común. **Form 015**

- Acta Acuerdo, firmada en original por un representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del socio (todas las firmas y sellos en original). **FORM 030**

- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el responsable de la institución con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda. **FORM 034**

- Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación.

- Si se trata de renovación: Informe evolutivo por parte del efector de la prestación

- Si es la primera autorización: Informe evaluativo por parte del efector de la prestación

- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

- Constancia de Alumno Regular.

- Instituciones categorizadas para la modalidad AIE

---

## 2.2 Si se tratara de un acompañante escolar:

- Formulario de solicitud de prestación. **FORM 001** (disponible online)
- Prescripción médica en original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 020**
- En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el afiliado (simple o doble). El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.

- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación.

### **FORM 008**

- Presupuesto de la institución en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FORM 031**

- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia. **FORM 011**

- Proyecto de trabajo con sus objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad del establecimiento de escolaridad común. **FORM 015**

- Acta Acuerdo, firmada en original por un representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del socio (todas las firmas y sellos en original). **FORM 030**

- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el responsable de la institución con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda. **FORM 034**

- Si se trata de renovación: Informe evolutivo por parte del efector de la prestación

- Si es la primera autorización: Informe evaluativo por parte del efector de la prestación

- Cv actualizado
- Título legalizado
- Seguro ART
- Constancia de inscripción en AFIP

- 
- Datos bancarios

### 2.3. Centro Educativo Terapéutico (CET)

Tratamiento ambulatorio 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 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. La edad de concurrencia oscila entre los 4 años y los 24 años. No corresponde la presentación de matrícula. En caso de CET Jornada doble, solo se podrá presentar una prestación de apoyo al mismo (kinesiología, terapia ocupacional, etc.). No se autorizará Módulo Integral Intensivo o Simple.

#### Documentación a presentar para Centro Educativo Terapéutico

- Formulario de solicitud. **FORM 001 (disponible online)**
- Prescripción médica en original/scan de original, con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 020**. En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que se realizará (simple o doble), debiendo especificarse si se incluye almuerzo y / o colación diaria. El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FORM 008**
  - Presupuesto de la institución en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FORM 033**
  - Plan de trabajo a desarrollar indicando objetivos terapéuticos **FORM 015**.
  - Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo

---

debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda **FORM 035**

- Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación
- En caso de que la institución se encontrara inscripta en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud, copia de la correspondiente resolución (texto completo).
- Escala FIM si se solicita dependencia. **FORM 014/006**
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

#### **2.4. CET con Integración Escolar**

• Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial y Educación General Básica. A los efectos de facilitar la presentación del trámite con la anticipación necesaria, puede presentarse en una primera instancia la constancia de matriculación para el ciclo lectivo del año solicitado y una vez comenzado el año, la constancia de alumno regular de la ESCUELA DE EDUCACIÓN COMÚN. Solo se autorizará el mes de marzo con esta documentación, de NO presentar la constancia de alumno regular se dará de baja la autorización. De no cumplirse la asistencia a escuela común, el agente de salud se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida. Una vez presentada dicha constancia de alumno regular se autorizará la prestación hasta diciembre del corriente año.

#### **2.5 Maestro/a de Apoyo**

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente), hasta la finalización del nivel de educación secundaria. Las autorizaciones emitidas podrán ser dadas de baja

---

unilateralmente al verificarse el incumplimiento de este requisito durante el transcurso del ciclo lectivo. El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora. Esta prestación sólo será autorizada si es brindada por maestras especiales, licenciados en educación o psicopedagogas.

**Documentación a presentar para Maestro de Apoyo.**

- Formulario de solicitud de prestación. **FORM 001 (disponible online)**
- Prescripción médica en original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 020**

- En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el causante (simple o doble). El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.

- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación.

**FORM 008**

- Presupuesto del profesional actuante, en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FORM 032**

- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia **FORM 011**

- Proyecto de trabajo con sus objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por el profesional a cargo del módulo y por la máxima autoridad del establecimiento de escolaridad común. **FORM 015**

- Acta Acuerdo, firmada en original por el profesional a cargo del módulo, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del afiliado (todas las firmas y sellos en original). **FORM 030**

- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el profesional actuante con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda. **FORM 034**

---

• Los profesionales que brinden esta modalidad deberán adjuntar el correspondiente título habilitante . Cuando corresponda, deberán además remitir fotocopia del Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (psicopedagogas).

- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

- . Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo: - Profesionales con incumbencias acordes a la discapacidad del afiliado, con formación docente, Lic, en educación o psicopedagogo. En caso de patologías motoras se contemplarán otros títulos como Terapeuta ocupacional/psicomotricista - El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria. A los efectos de facilitar la presentación del trámite con anticipación, puede presentarse en una primera instancia la constancia de matriculación para el ciclo lectivo solicitado y una vez comenzado el año, la constancia de alumno regular de la ESCUELA DE EDUCACIÓN COMÚN correspondiente al ciclo lectivo en curso. Solo se autorizará el mes de marzo con esta documentación, de NO presentar la constancia de alumno regular se dará de baja la autorización.

Una vez presentada dicha constancia de alumno regular se autorizará la prestación hasta diciembre del corriente año. De no cumplirse la asistencia a escuela común, el agente de salud se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida. No se aceptarán como maestros de apoyo a psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas o docentes de nivel inicial.

---

# IV

# INTERNACIÓN



---

## **1. MODALIDADES PRESTACIONALES**

### **1.1 Hogar / Hogar con Centro de Día / Hogar con CET (permanente o de lunes a viernes)**

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. Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto-valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección. En caso de solicitar alguna de estas modalidades, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada. El profesional debe indicar claramente los motivos que hacen imposible la permanencia del afiliado en su hogar. Dicho requisito es excluyente. En caso que el afiliado involucrado tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio. El médico deberá fundamentar si el afiliado atraviesa por una situación clínica o de salud mental de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar.

Finalmente, será necesario realizar un informe socio - ambiental , a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar. El mismo será realizado por el equipo de Trabajadoras Sociales DASMI y estará sujeto a consideración por parte del agente de salud para determinar cobertura. Cada especialidad o modalidad prestacional solicitada debe contar con su proyecto de trabajo con objetivos personalizados en original. Ej. Si se solicita concurrencia a Hogar con Centro de Día, se deberá enviar proyecto de trabajo por ambas modalidades.

### **1.2. Residencia**

---

Se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. Está destinado a personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema. Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad. La modalidad de cobertura es por 1) Módulo de alojamiento permanente. 2) Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

### **1. 3 Pequeño hogar**

Se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y/o con grupo familiar no continente. Está destinado a personas discapacitadas a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema. La modalidad de cobertura es 1) Módulo de alojamiento permanente. 2) Módulo de alojamiento de lunes a viernes. Se deberá adjuntar, a la historia clínica de discapacidad, informe de organismo oficial competente, que avale la necesidad del módulo hogar, que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

#### **Documentación para Hogares / Residencia / Pequeño Hogar**

- Formulario de solicitud de prestaciones.
- Prescripción médica en original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad, tipo de asistencia (Permanente o de Lunes a Viernes) y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 020/038**
  - Se debe indicar el tipo de jornada que realizará el afiliado, debiendo especificarse el tipo de asistencia (Permanente o de Lunes a Viernes). El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
- Informe Socio-ambiental realizado por equipo de Trabajo Social de DASMI.

- 
- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FORM 008**
  - Presupuesto de la institución en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FORM 043**
    - Plan de trabajo a desarrollar indicando objetivos terapéuticos. **FORM 015**
  - Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda. **FORM 040**
    - Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación.
    - En caso de que la institución se encontrara inscrita en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud, copia de la correspondiente resolución.
    - Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

#### **1.4 Internación en Rehabilitación**

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado. 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 metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario” La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas. En caso de

---

solicitar INTERNACIÓN EN REHABILITACIÓN, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada.

### **Documentación para Internación en Rehabilitación**

- Formulario de solicitud prestacional.
- Prescripción médica en original/scan de original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 038** El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación.

### **FORM 008**

- Presupuesto de la institución en original/scan de original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FORM 043**
- Plan de trabajo a desarrollar indicando objetivos terapéuticos. **FORM 015**
- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc. según corresponda. **FORM 040**
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 - Ley 23.660). Se deberá presentar Constancia de Inscripción vigente con el texto completo y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

### **1.5 Cuidados domiciliarios**

Esta prestación está destinada a afiliados con CUD que por su condición sanitaria, externación de instituciones sanatoriales, requieren de la asistencia de un equipo interdisciplinario en el domicilio. Se contempla la prestación según la complejidad del

---

cuadro del paciente y los requerimientos establecidos por su médico tratante. Los cuidados que se brindan son de carácter profesional, no reemplazan los cuidados a cargo de la familia

**Requisitos a cumplimentar para el otorgamiento de la Prestación:**

- 1.-Formulario de solicitud de prestación. **FORM 001**
- 2.- Fotocopia de documento de identidad de familiar a cargo del afiliado receptor de la prestación.
- 3.- Constancia actualizada del ANSES de no poseer otro beneficio previsional y/o afiliación obra social vigente (Certificación Negativa) de la persona para quien se solicita el beneficio.
- 4.- De contar con afiliación a otra Obra Social, deberá presentar constancia extendida por dicha Obra Social, en la que acredite no contar con la prestación de internación domiciliaria.
- 5.- Cumplimentar con Historia Clínica por médico tratante. **FORM 008**
- 6.- Fotocopia de Certificado de Discapacidad legible.(si aún no ha dado de alta el plan de discapacidad) La documentación será evaluada por el equipo Interdisciplinario del Área de Discapacidad para determinar su cobertura. De considerarse necesario se realizarán evaluaciones en domicilio por profesionales de distintas áreas contratados para este fin. Una vez efectuada la evaluación médico-social, establecida y aprobada la cobertura que el afiliado requiere, se le asignará la Empresa prestadora de los servicios. La Prestación tiene vigencia por 12 meses o período menor si así se indicara, todas las prestaciones rigen hasta el 31 de Diciembre de cada año, debiendo el socio renovar la Prestación al año siguiente según su necesidad.
7. Presupuesto **FORM 044**
8. Prescripción médica **FORM 038**
9. Consentimiento: **FORM 007**

---

10. Medida de independencia funcional **FORM 014**

V

---

# TRANSPORTE

## 1. MODALIDADES PRESTACIONALES

### Transporte especial

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el afiliado se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley. Se brindará esta cobertura especial dentro del marco establecido por la Res. 428/99 MS Esta resolución estipula que dicha prestación “comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa”. El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros con un acompañante, ya sea por dificultades motoras y/o conductuales. En todos los casos la solicitud de transporte debe ser acompañada por el formulario FIM correctamente confeccionado. **FORM 014 y FORM 006**

Es necesario presentar la planilla de solicitud de transporte que se adjunta conformada por el médico tratante. **FORM 018**. Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a Escuela común, deberá adjuntar los datos de la escuela y la constancia de alumno regular a los fines de acreditar dicha concurrencia. No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del afiliado al destino indicado en la documentación respaldatoria. Se cubrirá el traslado de ida y vuelta del

---

afiliado que requiera la prestación a Centro de rehabilitación e Instituciones educativas. De acuerdo a Res 1192/15 - MS, la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georeferenciamiento utilizado, y será abonada por mes entero cuando sea brindada por empresas de transporte escolar o especial para discapacitados en transportes grupales. Dicha prestación, considerada modular, estará sujeta a débito cuando el servicio sea prestado en menos de un 80 % del periodo en cuestión.. Los kilómetros autorizados serán los que se determinen según el destino de acuerdo a la información que brinda Google Maps. En el caso de traslados realizados por transportes individuales, se abonarán los traslados efectivamente realizados. La autorización de una cantidad de kilómetros no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, sino un compromiso de contraprestación por la realización de los viajes pautados por lo que, como se ha mencionado, la autorización para la facturación mensual solo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada. Como ya se mencionó, los únicos traslados que serán autorizados son aquellos que se efectúen entre la Institución educativa o de rehabilitación y el domicilio del afiliado. No se autorizarán traslados exclusivos de familiares. No serán autorizados por el programa de discapacidad los traslados en ambulancias, los mismos deberán ser tramitados por el sector correspondiente. En todos los casos y sin excepción sólo se autorizará el valor de kilómetro indicado en la resolución vigente.

#### **Documentación para Transporte Especial:**

- Formulario de solicitud de prestación . **FORM 001 (disponible online)**
- Prescripción médica en original/scan de original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 020**
  - Consentimiento por la prestación suscripta por el afiliado o su representante y por el prestador, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc. según corresponda. **FORM 004**
- Planilla de Solicitud de Transporte completa en su totalidad **FORM 018**
- Copia de la póliza de seguro y comprobante del último pago del transportista.

- 
- Fotocopia de carnet de conducir vigente.
  - Fotocopia de la habilitación para transportar pasajeros vigente
  - Constancia de VTV - Verificación Técnica Vehicular.
  - Resumen de Historia Clínica original/ saan original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FORM 008**
    - Mapa MENOR RECORRIDO en Maps y/o similares ([www.maps.google.com.ar](http://www.maps.google.com.ar)), donde se constate cantidad de Km. entre las direcciones o domicilios. Ingresar al link [www.maps.google.com.ar](http://www.maps.google.com.ar) y seleccionar la opción “COMO LLEGAR”. La NO presentación del mapa, implica la devolución del expediente.
    - Presupuesto con fecha anterior al inicio de la prestación, completo en su totalidad, con firma y sello de responsable. **FORM 023**
  - Escala FIM en todos los casos. **FORM 014 y FORM 006**
    - Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

Cada factura debe presentarse en forma mensual, se recomienda la celeridad en la presentación ya que eso permitirá revisar los comprobantes y en caso de encontrar un error, solicitar la corrección sin afectar los plazos de pago. Es importante recalcar que las facturas deben presentarse mes a mes. A partir que reciba la primera transferencia efectuada por este nuevo sistema, con cada presentación de la nueva factura, el prestador, deberá entregar un recibo de cobro cancelatorio sea cual fuere su tipo de contribuyente, de acuerdo a lo establecido por la SSS.

## **PRESUPUESTOS**

El mismo debe ser original, acompañando de la Constancia de Inscripción en AFIP ([www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar)) - y constancia de inscripción en IIBB en caso de corresponder. La misma queda sujeta a la verificación efectuada el día del alta del prestador y de la emisión de la autorización para los prestadores que conforman la cartilla de discapacidad.

- Se debe presentar un presupuesto por destino.

- 
- Se debe completar el **FORM 023** Debe contener los siguientes datos:
    - Nombre de la empresa o del transportista.
    - Domicilio.
    - Teléfono de contacto.
    - Número de CUIT.
    - Número de Ingresos Brutos (dato obligatorio y excluyente)
    - Condición frente al IVA. • Cuenta Bancaria y CBU para realizar transferencia.
    - E-mail para recibir autorizaciones y notificaciones.
    - Compañía aseguradora.
    - N° Póliza
    - Póliza que autoriza al transporte de pasajeros.
    - Origen y destino del traslado
    - Cantidad de Km. A recorrer por viaje.
    - Valor por Km.
    - Cantidad de viajes por semana.
    - Monto mensual en pesos.
    - Firma y sello del responsable administrativo

### **1.3 FACTURACIÓN DE TRANSPORTE LINEAMIENTOS GENERALES.**

Los requerimientos serán los mismos a los mencionados en el punto 4- Información para el prestador con los siguientes agregados:

- no se aceptarán facturas sin trámite habilitado por el programa de discapacidad

### **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA FACTURAR**

#### **REQUISITOS PARA FACTURACIÓN - TRANSPORTE**

---

El detalle de la factura debe contar indefectiblemente con los siguientes datos:

- Fecha de emisión (posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario)
- Nombre, Apellido y DNI del asociado causante
- Período facturado (indicar mes y año)
- Prestación brindada (según autorización)
- Indicar lugar de partida y destino (detallando calle, numeración y localidad)
- Cantidad de viajes realizados
- Cantidad de km. realizados diarios y mensuales
- Valor del km, valor total de km realizados.
- Si al afiliado le corresponde dependencia deberá detallarse en la factura junto al N° de Resolución vigente No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de constancia de realización de cualquier tipo de traslado (por ejemplo: conformidad por 8 traslados sobre 16 facturados/autorizados). En caso de realizar más de un traslado, facturar por separado. **IMPORTANTE: SÓLO SE ACEPTARÁN FACTURAS CON VALORES INDIVIDUALES QUE COINCIDAN CON LO PRESUPUESTADO, CASO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A LA IMPUGNACIÓN.**

### **CONSTANCIA DE ASISTENCIA**

La misma debe tener detallado la/s fecha/s de concurrencia avaladas por firma de padre, madre o tutor con su respectiva aclaración, parentesco y DNI. Asimismo, debe tener firma y sello de establecimiento/prestador a donde se efectúa el traslado. O en su defecto, la constancia. No se aceptarán constancias de asistencia que hayan sido firmadas en su solo acto. Reservándose el agente de salud la posibilidad de realizar auditorías de terreno cuando se detecten irregularidades.

NOTA: en caso que el servicio de transporte pertenezca a la misma institución a la que concurre el afiliado, se deberá presentar una constancia distinta además de la de concurrencia a la modalidad institucional. De acuerdo a lo establecido en el punto 2.3.3. de

---

la Res. 1511/12 M.S., dicha prestación “comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa”. Por lo tanto, NO se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del afiliado al destino indicando en la documentación respaldatoria de la autorización. De acuerdo a Res 1192/15 – MS, la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georeferenciamiento utilizado. La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, sino que comprende sólo los viajes realizados, la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada. Será abonada por mes entero en aquellos casos en los cuales se preste el servicio por empresas de transporte con servicio mensual. Dicha prestación, considerada modular, estará sujeta a débito cuando el servicio sea prestado en menos de un 80 % del periodo en cuestión. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo, los días del receso invernal, no así para los transportistas individuales. Ajustes de facturación – débitos Las facturas que sean objeto de débito total, (impugnación) no serán devueltas, sin excepción. Se deberá presentar una nota en el período que el socio no asista o no se le preste servicios por alguna contingencia donde consten los motivos por los cuales no asistió. Forma de pago Todas las prestaciones que sean ingresadas por el SISTEMA DE INTEGRACIÓN serán abonadas por transferencia bancaria desde el agente de salud correspondiente en aproximadamente 60 días, dependiendo este pago de la liquidación que efectúa previamente la SSS. Aquellas prestaciones que sean facturadas directamente a DASMI serán abonadas con la metodología acordada previamente con el sector de contrataciones de DASMI S.A.

NOTA: SE PROVEERÁ DE TODOS LOS FORMULARIOS QUE DEBAN UTILIZARSE.