



SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD



INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD 2025

**OSMATA Central: 4340-7412 de Lunes a
Viernes de 08 a 18 hs.**

Av. Belgrano 665 6to. piso contrafrente, CABA.

Correo electrónico: exp.osmata@gmail.com

Sanatorio San Cayetano: 4630-6500

Av. Directorio 4743, CABA

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

Seccionales / Delegaciones:

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

Índice

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR 3-5

PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD 6-9

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA 10-11

PRESCRIPCIÓN MÉDICA 12

CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 13

CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN TRASLADOS 14

ANEXOS 15

MODELOS DE PRESUPUESTOS 16-20

INFORME Y PLAN DE ABORDAJE 21-22

ACTA ACUERDO 23

PLANILLA FIM 24-26

NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR 27



Por favor leer con atención:

De acuerdo con la Resolución 1743/2024, se incluyen las modificaciones e indicaciones para presentar la documentación por el área de Discapacidad:

- El presente instructivo tiene como objetivo enunciar los requisitos necesarios para acceder al subsidio correspondiente a las prestaciones básicas por discapacidad, de acuerdo a lo establecido por el nomenclador vigente. El mismo comprende a los beneficiarios mayores de un año de edad hasta los sesenta años inclusive.
- La presentación del trámite culmina cada 31 de Diciembre del año en curso, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para la renovación del año entrante. Se deberá cumplimentar la documentación con al menos 60 días de anticipación. Cabe destacar, que la documentación a presentar se realiza vía mail y en archivos pdf o jpg.
- La documentación de todas las prestaciones, se recibirá únicamente en el siguiente correo: exp.osmata@gmail.com, indicando siempre en el asunto: NOMBRE, APELLIDO Y DNI de la persona con discapacidad. Los prestadores de CABA o AMBA pueden enviarlo por sus medios, el resto del país es necesario que se comuniquen directamente con la Delegación/Seccional correspondiente. Una vez recibida la documentación en forma completa, la misma será auditada para su correspondiente autorización. Si fuera necesario, el área de Discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.
- **El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta de exclusiva responsabilidad del prestador.**
- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del Área de Discapacidad.
- La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad y a la Resolución 1743/2024.
- Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSMATA se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u organismo competente. En cuanto a las prestaciones solicitadas y presentadas, destacamos que el equipo interdisciplinario de la obra social será el encargado de comunicarse con las familias, con el fin de orientar y asesorar a las personas e indicar las posibles instituciones a las que pueden asistir, optimizando en el bienestar de la Persona Con Discapacidad.
- Para CABA, AMBA y aledaños: solicitar turno para evaluación médica en Sanatorio San Cayetano, ubicado en Av. Directorio 4743-CABA, previo al comienzo de la prestación. Teléfono: (011) 4630-6500 interno 147.
- Para el Interior del país, comunicarse con la Seccional/Delegación correspondiente para realizar las consultas y/o reclamos en relación a las autorizaciones de los tratamientos o facturación de los mismos.

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

DOCUMENTACIÓN DEL/LA AFILIADO/A

1. CONSTANCIA DE PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
2. CERTIFICACIÓN NEGATIVA.
3. CODEM.
4. CONSTANCIA DE AFILIACIÓN: Recibo de sueldo/Monotributo/Recibo de haberes/ Seguro de desempleo.
5. CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD: Presentar fotocopia completa y vigente (incluyendo código de barras). En el caso de contar con turno para la renovación del CUD, enviar constancia del mismo con datos del afiliado.
6. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR: Presentar constancia de reserva de vacante o matriculación, constancia de alumno regular del año en curso con Código Único de Establecimiento (CUE). En los casos en que el beneficiario no se encuentre escolarizado enviar informe con justificación.
7. CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN - PERIODO 2025: Utilizar exclusivamente la planilla que se encuentre en el presente instructivo. Firmada por persona con discapacidad, por padre/madre o tutor a cargo. En caso de solicitar traslado, se requiere utilizar la planilla de conformidad que indica "CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN TRASLADOS".


DOCUMENTACIÓN MÉDICA

8. ÓRDENES MÉDICAS: Se debe confeccionar una orden por cada prestación. Utilizar exclusivamente el modelo que se encuentre en el presente instructivo. Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo a los siguientes lineamientos:
 - PRESTACIONES AMBULATORIAS: Especificar cantidad de sesiones indicando especialidad y frecuencia semanal. En el caso de requerir más de una prestación de apoyo, la misma deberá confeccionarse como "Módulo Integral Simple/Intensivo", según corresponda.
 - PRESTACIONES INSTITUCIONALES: Será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble).
 - PRESTACIONES EDUCATIVAS: Indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral y del tipo de jornada (simple o doble).

TRANSPORTE: De corresponder, el pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el/la médico/a tratante, el/la cual debe aportar datos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros.

DEPENDENCIA: En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, y fundamentado en la prescripción. Incluir informe cualitativo y cuantitativo de la Medida de Independencia Funcional - FIM. (Art. 13 Ley 24.901) confeccionada por Lic. En Terapia ocupacional y/o médico/a tratante, exclusivamente, y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.

9. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: Se debe utilizar el modelo que se presenta en el presente Instructivo. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.



**OSMATA Central: 4340-7412 de Lunes a Viernes
de 08 a 18 hs.
Av. Belgrano 665 6to. piso contrafrente, CABA
exp.osmata@gmail.com**

1 - PRESTACIÓN DE APOYO

Las prestaciones de apoyo comprenden las siguientes terapias: **Kinesiología – Terapia Ocupacional – Psicología – Fonoaudiología – Psicopedagogía – Psicomotricidad – Musicoterapia**. El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal (Escolaridad, CET, Centro de día, etc.). El máximo de horas total de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. Cuando se requiera mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse al/la beneficiario/a a alguna de las otras prestaciones previstas.

Documentación requerida:

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Informe inicial/Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Título que incluya número de Resolución Ministerial y Matrícula profesional.
- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU)

2- PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Módulo Integral Simple: Cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) con más de una especialidad.

Módulo Integral Intensivo: Comprende la atención brindada de lunes a viernes con más de una especialidad.

Módulo de Estimulación Temprana: Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años.

Documentación requerida:

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Informe inicial/Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
- Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación, conforme al Anexo VI de la Resolución N° 789/09 – M. Salud.
- Inscripción en Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU)

3 - EDUCACIÓN ESPECIAL

Educación Inicial: Proceso educativo que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad, aproximadamente.

Educación General Básica: Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 18 años de edad, aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Formación Laboral: Proceso de capacitación que implica formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad.

Documentación requerida:

- Planilla de conformidad de Prestación. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Informe inicial/ Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU)

4 - INTEGRACIÓN ESCOLAR

Apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común (excluyente) en cualquiera de sus niveles

Integración escolar: Brindado por institución o equipo categorizado a tal fin. . El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

Módulo Maestra/o de Apoyo: Brindado EXCLUSIVAMENTE por Psicopedagogos y/o Docentes Especiales, con Títulos habilitantes. El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará como valor hora.

Documentación requerida:

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Informe inicial/ Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Constancia de alumno regular de escuela común y Acta acuerdo firmada entre partes intervinientes. Presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- EN CASO DE INSTITUCIONES: Dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- EN CASO DE PROFESIONALES: Título habilitante y certificado analítico de materias
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU)

5 - CET/CENTRO DE DIA

Centro educativo 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. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad.

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.

Documentación requerida:

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Informe inicial/ Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU)

6 - REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de duración limitada y con objetivos definidos, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario.

Documentación requerida:

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Informe inicial/Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
- Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación, conforme al Anexo VI de la Resolución N° 789/09 – M. Salud.
- Inscripción en Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU)

7 - HOGAR

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Documentación requerida:

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Informe inicial/ Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Informe social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU)

8 - TRASLADO

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

En los casos que la persona con discapacidad deba realizar más de 1500 km. mensuales para realizar sus tratamientos, se deberá redireccionar a centros de atención o Establecimientos más cercanos a su domicilio.

En caso de solicitar dependencia, la misma podrá ser autorizada a afiliados a partir de los 6 años.

Documentación requerida:

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto incluyendo consentimiento entre partes. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Habilitación municipal y/o provincial vigente del auto a nombre de quien presupuesta.
- Póliza del seguro, VTV y licencia de conducir.
- Hoja de ruta extraída en Google Maps.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU).

Resumen de Historia Clínica

Paciente: _____ DNI: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de salud: _____

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc: _____

Evolución del último año de tratamiento: _____

Estado actual: _____

Medicación: _____

Plan terapéutico: _____

.....

Firma y sello
del profesional tratante

.....

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

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellido y nombre:

DNI:

Diagnóstico:

Indicación médica:

Período:

Fecha:

Firma y sello
del/la médico/a tratante

Fecha: / /

Apellido y nombre del/la beneficiario/a: _____

N° de afiliado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Localidad y provincia: _____

Teléfono/ Tel. celular: _____

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: _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: _____

FIRMA:

ACLARACIÓN:

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

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente:

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

PARENTESCO:

2025 - CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN DE TRASLADOS

Fecha: / /

Apellido y nombre del/la beneficiario/a: _____

N° de afiliado/ DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad y provincia: _____

Yo _____ Con documento tipo () N° _____

Doy mi conformidad por el diagrama de traslados por el período: _____

Desde: _____ Hasta: _____

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

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

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

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

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

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

PARENTESCO:

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 Juada.

Es de suma importancia que la documentación presentada se encuentre legible, debido a que agiliza la auditoría y autorización de las prestaciones. Se recomienda, editar los modelos que se requieran utilizar, empleando las siguientes herramientas que son gratuitas y se gestionan en línea:

- <https://www.ilovepdf.com/es/editar-pdf>
- https://acrobat.adobe.com/link/acrobat/add-comment?x_api_client_id=adobe_com&x_api_client_location=add_comment



Aviso Importante

Informamos que editar los presupuestos, es una sugerencia de la Obra social. De lo contrario, los pueden imprimir y completarlos de puño y letra. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.

Solicitamos que por favor NO se presente documentación a través de imágenes en foto, debido a que la impresión se emite oscura e impide la comprensión de la autorización a realizar.

PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS



Lugar de emisión:

Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a:

DNI:

Datos de la Prestación

Prestación/Especialidad:

Período:

Desde:

Hasta:

Año:

Cantidad de sesiones semanales:

Monto por sesión: \$

Monto mensual: \$

Datos del /la Prestador/a

Nombre y apellido / Razón social

CUIT:

Teléfono:

E-mail:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante

DNI:

Aclaración:

PRESUPUESTO MÓDULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO



Lugar de emisión:

Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a:

DNI:

Datos de la Prestación

Monto mensual: \$

Módulo integral simple:

Módulo Integral Intensivo:

Período:

Desde:

Hasta:

Año:

Prestaciones a brindar: (aclarar la cantidad de sesiones semanales)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Datos del /la Prestador/a

Nombre y apellido / Razón social

CUIT:

Teléfono:

E-mail:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante _____

DNI: _____

Aclaración: _____

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



Lugar de emisión: _____ Fecha: _____

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

Datos de la Prestación

Prestación/Especialidad: _____

Período: Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

Cantidad de horas mensuales: _____ Monto mensual: \$ _____

Datos del /la Prestador/a Monto mensual: \$ _____ (únicamente para institutos)

Nombre y apellido / Razón social _____

CUIT: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Actividad áulica: Escuela Común: _____

Domicilio de la institución educativa: _____

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante _____ DNI: _____

Aclaración: _____



PRESUPUESTO PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Lugar de emisión:

Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a:

DNI:

Datos de la Prestación

Modalidad prestacional a brindar:

Jornada simple:

Jornada doble:

Categoría A:

B:

C:

Alimentación SI:

NO:

Dependencia SI:

NO:

Monto mensual: \$

Período:

Desde:

Hasta:

Año:

Datos del /la Prestador/a

Nombre y apellido / Razón social

CUIT:

Teléfono:

E-mail:

Domicilio de la institución educativa:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

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

Firma beneficiario o representante

DNI:

Aclaración: _____

PRESUPUESTO TRASLADO



Lugar de emisión:

Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a:

DNI:

Datos de la Prestación

Se traslada a la prestación:

Nombre y apellido / Razón social:

CUIT:

E-mail:

Teléfono:

Compañía de seguros:

N° de Póliza:

Período:

Desde:

Hasta:

Año:

Dependencia SI:

NO:

Apoyo que se brindará:

Km mensual total:

Valor Km: \$

Monto mensual total:\$

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Horarios
1							
2							
3							

Firma y sello del/ prestador/a

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha: _____

En el día de la fecha, en la ciudad de _____ se establece el presente acuerdo entre la Escuela _____ con domicilio sito en _____ representada por _____, el/la Maestro/a de apoyo / el Equipo de apoyo a la integración escolar representada por _____ y la familia del/la alumno/a _____ con DNI _____ representado/a por _____ para llevar a cabo la integración escolar del/la alumno/a en el año _____ Sala/Grado/Año _____ turno _____ en los días y horarios _____

Periodo: _____

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

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

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el/la alumno/a mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

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

Aclaración: _____

Firma del padre / madre /tutor:

Aclaración: _____

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

Aclaración: _____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Paciente:

DNI:

Fecha:

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional:

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

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

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

TOTAL FIM /126

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Paciente: _____

DNI: _____

Cuidado personal:

Control esfinteriano:

Movilidad:

Comunicación:

Conexión social:

Firma y sello

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha _____ de 2025

Afiliado/a: _____

DNI: _____

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de:

a cargo de: _____

a partir de: _____

Asimismo, solicito el cambio de dicha prestación a cargo de el/la profesional y/o institución:

a partir de: _____

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

VÍNCULO: