

## GUÍA PARA LA CONTINUIDAD O ACCESO AL PLAN INTEGRAL DE DISCAPACIDAD

### LINEAMIENTOS GENERALES

- El presente instructivo tiene como objetivo enunciar los requisitos necesarios para continuar o acceder al PLAN INTEGRAL DE DISCAPACIDAD, correspondiente a las prestaciones básicas por discapacidad, de acuerdo a lo establecido al **Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad** vigente.
- El Plan de trabajo y/o prestaciones autorizado por el Área de Auditoría a comienzo de cada año, culmina cada 31 de Diciembre del año en curso, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para la renovación del año entrante, con 30 días de anticipación.
- Para solicitar cambio de prestador antes de finalizado el plan terapéutico, se deberá informar dicha situación con antelación y solicitar por nota dicho cambio (se adjunta modelo de nota) y firmar nuevamente la planilla de conformidad (se adjunta).-
- Es requisito la presentación en **forma completa y correcta de la documentación** requerida conforme al presente instructivo. En algunos casos, si fuera necesario, el Área de Auditoría Médica podrá solicitar documentación adicional, siendo obligatorio para el afiliado la presentación de dicha documentación dentro de los 15 días corridos.
- No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello.
- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría **OSUNLaR**.
- La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.



---

## DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

### DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO

1. **DNI** del titular, y del Beneficiario de la prestaciones
2. **Credencial** de OSUNLaR titular y Beneficiario de la prestaciones
3. **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD:** Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 Ley 22.431). Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. Sólo se tendrá como acreditada la discapacidad del afiliado con la presentación del CUD conforme a lo previsto en el punto anterior. (Art. 3 Ley 22.431). En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo.

**NOTA: se tendrá en cuenta todas las normativas vigentes nacionales respeto a prorrogas vigente por motivos de la pandemia: COVID19.**

4. **CRONOGRAMA DE HORARIOS:** Se deberá presentar un cronograma donde pueda visualizarse la carga horaria de las prestaciones solicitadas y la asistencia a instituciones educativas/recreativas/laborales para el año correspondiente.

### DOCUMENTACIÓN MÉDICA

1. **PLANILLA DE CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO:** (la planilla que se encuentre en el presente instructivo).

Debe contener los datos completos del afiliado, con número de teléfono de contacto (celular y teléfono de línea) y correo electrónico. Para los afiliados menores de 18 años, la misma requiere de la firma de padre/madre o tutor. Los afiliados con discapacidad mayores de 18 años, deberán firmar la planilla solicitando los tratamientos. En caso de que su capacidad se encontrara judicialmente restringida, es requisito excluyente que la planilla esté firmada por el/los tutores, designados por oficio judicial. Presentar copia del mismo. En todos los casos, la planilla se deberá acompañar con la firma del médico

tratante. Consignar todas las prestaciones a brindar y el periodo de cobertura de las mismas.

## **2. PRESCRIPCIÓN MÉDICA:**

- Las prescripciones del tratamiento deben ser solicitadas por médico especialista (neurólogo, psiquiatra etc).
- Se debe confeccionar una prescripción médica por cada prestación.
- Deben estar firmadas por el médico tratante que firmó la Planilla de conformidad.

Cada prescripción debe contener:

**A- NOMBRE Y APELLIDO**

**B- NUMERO DE AFILIADO**

**C- DIAGNÓSTICO:** El mismo debe coincidir con el que figura en El Certificado Único de Discapacidad.

**D- PRESTACIÓN SOLICITADA:** Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo a los siguientes lineamientos:

- **PRESTACIONES AMBULATORIAS:** Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando la especialidad y frecuencia semanal.

En el caso de requerir más de una prestación de apoyo, la misma deberá confeccionarse como “Modulo Integral Simple/Intensivo”, según corresponda, aclarando especialidad y frecuencia

- **PRESTACIONES INSTITUCIONALES:** En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble).

- **PRESTACIONES EDUCATIVAS:**

**Educación Especial** indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral, además del tipo de jornada (simple o doble).

**Centro Educativo Terapéutico:** Detallar el tipo de Jornada (simple o doble)

**Acta Acuerdo para la Integración Escolar** (se adjunta modelo)

**Modalidad / Reintegro** para Maestra de Apoyo y/o prestaciones de Apoyo a la Integración Escolar. Se debe presentar para esta modalidad:

- \* Título habilitante del profesional
- \* DNI del profesional
- \* Constancia de Inscripción al Registro Nacional
- \* Seguro de praxis
- \* CBU
- \* Constancia de Inscripción en AFIP
- \* Presupuesto
- \* Adjuntar también todos los formularios del presente instructivo según corresponda (PLANILLA DE CONFORMIDAD, MODELO DE PLAN DE TRABAJO, HISTORIA CLINICA , ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR)

- **TRANSPORTE:** De corresponder, 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, aclarando domicilio de partida y de destino.

**E- PERIODO DE LA PRESTACION:** Debe indicar el período en el cual se brindará la prestación (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2021).

**F- FIRMA Y SELLO:** Del médico tratante.

**G- FECHA:** La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/02/21, la fecha debe ser 01/01/21 o anterior). No se reconocerán prestaciones retroactivas a la fecha de solicitud.-

### **3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.**

Serán válidas sólo aquellas Historias Clínicas originales. Deberá contener los datos del afiliado, diagnóstico (según Certificado Único de Discapacidad), antecedentes, estado actual y plan terapéutico, (se adjunta modelo).

En Antecedentes, incluir las intervenciones terapéuticas y/o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.

El Estado actual debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones asociadas a la discapacidad y al plan terapéutico.

La fecha de confección de la Historia Clínica deberá coincidir con la fecha que figura en las órdenes y en la Planilla de conformidad de tratamiento.

### **4. PLAN DE TERAPEUTICO/PLAN DE TRABAJO (se adjunta ANEXO, para completar)**



## PLANILLA DE CONFORMIDAD

En..... a los..... del mes de..... de..... por un lado la OSUNLaR y por el otro el/la afiliado/a..... N° Afiliado.....  
DNI.....nacido el.....de Nacionalidad.....  
Estado Civil.....con domicilio real ubicado en .....  
.....localidad.....  
Provincia.....Teléfono celular.....Teléfono particular.....  
Mail: .....acompañado por.....  
.....en carácter de.....  
..... cumplimos en notificar al AFILIADO respecto del plan de tratamiento determinado por el Equipo de discapacidad través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión a efectuarse en .....  
.....  
Período.....  
.....  
El/la afiliada/o presta consentimiento para la realización del mismo, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art 31 inc. d del Código Civil y Comercial: d) la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

Afiliado:

DNI:.....Firma:.....Aclaración:.....

Familiar a cargo:

DNI:.....Firma:.....Aclaración:.....

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



Hoja 1

Fecha:

### RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Nombre y Apellido.....

DNI.....

Fecha de Nacimiento.....

Diagnóstico:.....

.....

.....

Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evolución del último año de tratamiento:.....

.....

.....

.....

.....



Hoja 2

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Estado Actual (parámetros funcionales actuales).....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Medicación:.....

.....  
.....  
.....

Evolución del cuadro clínico de base:.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....

Firma y Sello del profesional tratante



---

**MODELO DE PLAN DE TRABAJO**

**PLAN DE TRABAJO INSTITUCIONES/PROFESIONALES**

Lugar de emisión..... Fecha.....

**Datos del Afiliado**

Nombre y Apellido.....DNI.....

Fecha de Nacimiento.....Nº de Afiliado de OSUNLaR.....

**Datos de la Prestación**

Prestación/ Especialidad.....

Periodo DESDE: .....HASTA: .....AÑO: .....

**Objetivos CONCRETOS propuestos por disciplina**

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

.....  
Firma y aclaración del profesional

.....  
Firma y aclaración de los padres/tutor



Hoja 1

**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.....

la Maestra de apoyo / el Equipo de apoyo a la integración Escolar representado por.....

y la familia del alumno/a.....

con DNI.....representado/a por.....

para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año.....

Sala/Grado/Año.....turno..... en los días y horarios:

Período:.....

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

- Atender al/a la según las necesidades vinculadas a su educación
- Elaboración en forma conjunta el Plan de Adaptación curricular

## Hoja 2

- 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 medico solicitados
- Hacer que el alumno 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 de la Escuela Común (Directora) donde se realizara la integración:

Aclaración:.....

Firma del padre/madre o tutor:

Aclaración.....

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

Aclaración.....



---

**NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

La Rioja.....de.....2021

Nombre del Afiliado:.....

Nº de Afiliado:.....

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 alta de dicha prestación a cargo de la profesional y/o institución.....

.....

.....y a partir de.....

.....

FIRMA.....

ACLARACION.....

DNI .....

VINCULO.....