



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2025.

DOCUMENTACIÓN REHABILITACIÓN - CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO - CENTRO DE DÍA - ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA - HOGAR EN TODAS SUS MODALIDADES.

**Legajos 2025:
Recepción a partir del día lunes 30 de SEPTIEMBRE de 2024.**

IMPORTANTE: NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL INFORME DE ADMISIÓN O EL INFORME EVOLUTIVO (SEGÚN SEA EL CASO) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.

EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA EN SÍ MISMA SU AUTORIZACIÓN.

El presente Instructivo queda sujeto a futuros cambios de normativas por parte del Ministerio de Salud, de la Agencia Nacional de Discapacidad y/o de la Superintendencia de Seguros de Salud.

Versión actualizada al 13/09/2024.

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse con el Sector DISCAPACIDAD Tel.: 4341-8090 Int.: 946/952

e-mail: sur.disca@uthgra.org.ar / <https://osuthgra.org.ar/quia-de-tramites/>

IMPORTANTE:

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidad, de corresponder, deberán encontrarse categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad - ANDIS. Puede realizarse la consulta en la siguiente página web:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Documentación necesaria para TODOS los tratamientos:

1. **CONFORMIDAD** de prestaciones **ANEXO II**. Debe incluir todo el tratamiento **COMPLETO** firmado por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor. (Res. 1743/2024). Si durante el período autorizado se produce un cambio de prestador o modalidad se deberá presentar una nueva Conformidad en donde figuren todos los datos actualizados.

Documentación de las Instituciones o Centros:

1. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud** para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSalud). Renovación del RNP: deberá ser presentado dentro de los 30 días corridos de su emisión, caso contrario, quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.
2. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad**, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud). Renovación de la Categorización: deberá ser presentada dentro de los 30 días corridos de su emisión, caso contrario, quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.
3. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL**: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.
4. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN**: en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados firmado por el prestador.
5. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL**: en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada con firma y sello del profesional tratante.
6. **PRESUPUESTO Prestacional. Anexo X - Presupuesto Prestacional.**
7. **INFORME DEL PRESTADOR** especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, **en los casos de solicitar dependencia.**
8. **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP**: deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gob.ar emitida el día de confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.
9. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria **CERTIFICADO** por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).
10. **INFORME DE SEGUIMIENTO** semestral de la prestación brindado firmado por el prestador.
11. **HOGAR**: en **TODAS** sus modalidades, Informe confeccionado por Trabajador Social que avale su necesidad.

Documentación para Terapias Ambulatorias:

1. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP)** para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
2. **Título habilitante.**
3. **HABILITACIÓN SANITARIA** del consultorio donde se realiza la atención del beneficiario con discapacidad.
4. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
5. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN:** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
6. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL:** en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada con firma y sello del profesional tratante.
7. **PRESUPUESTO** Prestacional.
8. **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP:** deberá presentarse la impresión de la consulta de la “Constancia de Inscripción” en www.afip.gob.ar emitida el día de confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.
9. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).
10. **INFORME DE SEGUIMIENTO** semestral de la prestación brindada.

HOGAR en todas sus modalidades / Pequeño Hogar

Requisitos excluyentes:

- **Justificación médica** que indique los motivos por los cuales el beneficiario debe vivir en un hogar. Debe especificarse si el paciente requiere Alojamiento de Lunes a Viernes o Permanente.
- Previo a la autorización será requisito la realización de un **informe socio-ambiental** del beneficiario y su familia emitido por trabajadora social, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar.

En todos los casos el Equipo Interdisciplinario de la OSUTHGRA evaluará y autorizará el esquema prestacional presentado de manera integral.

Los centros categorizados al igual que el equipo de profesionales que presten los tratamientos ambulatorios serán autorizados en su **totalidad** como módulo integral intensivo o módulo integral simple según corresponda.

Además, cabe aclarar que el tiempo mínimo de sesión es de 45 minutos.

NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL INFORME DE ADMISIÓN O EVOLUTIVO (SEGÚN SEA EL CASO) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO X - PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión:

Razón social del Prestador:.....

N ° CUIT:.....

Domicilio donde se realiza la prestación:.....

Correo electrónico de contacto:..... Teléfono:.....

Nombre y Apellido del beneficiario:.....

D.N.I.:

Prestación / especialidad a brindar:.....

Tipo de jornada: Simple () Completa ()

Categoría:.....

Periodo: Desde:..... Hasta:.....

Almuerzo: Si - No

Monto Mensual:.....

En caso de corresponder: Dependencia: Si - No

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones semanales:.....

Monto por sesión: \$..... Monto mensual: \$.....

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

.....
Firma del Prestador

.....
Aclaración

* Es **obligación** completar todos los campos.